

Falsche Scham

Strategien der Überzeugung in Aufklärungsfilmern zur Bekämpfung
der Geschlechtskrankheiten 1915–1935

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
ANITA GERTISER
von Habsburg, Aargau

Angenommen im Herbstsemester 2009 auf Antrag von
Prof. Dr. Margrit Tröhler und Prof. Dr. Ursula von Keitz

Zürich 2013

Für meine Lieben.

Danksagung

Als im Herbst 2002 das Forschungsprojekt, finanziert vom Schweizerischen Nationalfond: „Ansichten und Einstellungen: Zur Geschichte des dokumentarischen Films in der Schweiz/Vues et points de vue: Vers une histoire du film documentaire en Suisse“ startete, war zum einen klar, dass das Schweizer Schul- und Volkskino (SSVK) in Bern für mein Thema Schul- und Lehrfilm zentral sein wird. Doch die Firma existierte nicht mehr. Wo war das Archiv? Und wer wusste noch Bescheid? Zum Glück arbeitete Marie-Louise Schedler bei der Nachfolgeorganisation educa.ch und wusste als ehemalige Sekretärin des Film Instituts (vormals SSVK) um die Bedeutung der Dokumente. Dank ihr konnte ich die Protokolle, Jahresberichte und Festschriften nach Informationen über die Tätigkeiten der Institution sammeln. Darunter befand sich die Notiz, welche den Anstoss zur vorliegenden Arbeit gab: 1930 übernahm der SSVK den Bestand an Aufklärungsfilmen von der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Margrit Tröhler, Professorin am Seminar für Filmwissenschaft der Universität Zürich, unterstützte von Anfang an die Idee, Aufklärungsfilme zum Gegenstand meiner Dissertation zu machen. Und mit Ursula von Keitz stand mir eine Expertin zur Seite, mit der ich jederzeit über das Thema diskutieren und mich austauschen konnte. Beiden möchte ich für ihre Unterstützung herzlich danken.

Noch während des SNF-Projekts konnte ich zentrale Filme meines Korpus' visionieren. Das Team der Cinémathèque Suisse in Penthaz half bei der Suche nach den Titeln, von denen zu Beginn nur wenige Angaben vorhanden waren. Michel Dind, Caroline Neeser, Carole Delessert und Nadia Roch gaben manchen Hinweis, der mich auf der Spur weiterführte. Z.B. in das Bundesarchiv Filmarchiv, wo ich die deutschen Aufklärungsfilme visionierte und Einsicht in die Zensurakten erhielt. Besonderen Dank geht an André Chevailler, der mich Eric Le Roy, Leiter des Centre national du cinéma et de l'image animée, archives françaises du film in Bois d'Arcy bei Paris, vorstellte, wodurch ich Zugang zum reichen Fundus des französischen Archivs erhielt. Vor Ort wurde ich von Caroline Patte und ihren Kolleginnen und Kollegen in freundlicher und aufmerksamer Weise empfangen und betreut, obwohl meine Arbeitsweise sicherlich Verwunderung auslöste. Für Stunden in nur einen einzigen Film vertieft, suchte ich auch die unscheinbarsten Zeichen zu erfassen und protokollierte seitenweise. Auf jedes Detail zu achten und allen möglichen Hinweisen nachzugehen, ist

die Vorgehensweise des Historikers, die mich Yvonne Zimmermann und Pierre-Emmanuel Jaques lehrten, mit denen ich im SNF-Projekt zusammenarbeitete. Auch ihnen sei für ihre Geduld und den zahlreichen Hinweisen gedankt.

Mein Dank gebührt zudem folgenden Institutionen, die mir Zugang zu den jeweiligen Archiven gewährten, und insbesondere an die betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur educa.ch Bern (Marie-Louise Schedler, Dominique Metthez), das Schweizerische Rote Kreuz Bern, und Peter Gassmann der Praesens Film Zürich. Die Filme verstehen kann man nur, wenn sie in ihren historischen Kontext verortet werden. Hierfür bot das medizinhistorische Institut mit seiner grossen Bibliothek einen reichen Fundus. Iris Ritzmann und Michael Geiges, der zudem Kurator und Konservator am Moulagen Museum der Universität Zürich ist, gewährten mir Zugang zu wichtigen historischen Quellen und zum Teil zu ihren persönlichen Dokumentensammlung. Ihnen sei an dieser Stelle mein besonderer Dank ausgesprochen. Die Dissertation wurde von der Universität Zürich mit einem Stipendium im Rahmen des Graduiertenkollegs Gedächtnis, Körper und Geschlecht 2005-2008 gefördert. Ohne diese Unterstützung gebe es die vorliegende Untersuchung nicht, wofür ich dem Forschungskredit der Universität zu grossem Dank verpflichtet bin. Durch die Auseinandersetzung und die Diskussionen im Kolleg erhielt die Arbeit ihre eigentliche Prägung. Mein herzlichster Dank gehört Therese Steffen, der Koordinatorin. Es gibt kaum eine zweite Person, die sich mit solch unermüdlichem Engagement, Interesse, Sachkenntnis und Wertschätzung für die Doktorandinnen einsetzt. Die anregenden Diskussionen mit den anderen Kollegiatinnen, die inspirierenden Vorträge der eingeladenen Gäste, die vielfältigen Themen an Tagungen bildeten das wissenschaftliche Fundament. Doch vor allem die Präsentationen des eigenen Themas in Bezug zur Forschung einer Gastreferentin oder eines -referenten, die ich zusammen mit Barbara Straumann bestritt, haben die Arbeit jeweils weitergebracht.

Hätte Simon Spiegel nicht eine Einführung in LaTeX gegeben, ich hätte wohl nie die Arbeit in diesem Programm geschrieben. Mit selbstverständlicher Grosszügigkeit betreute er die Arbeit auf der technischen formalen Ebene und nahm ebenso Anteil am Fortschritt. Mit manch gutem Rat half er über Schwierigkeiten hinweg. Auf inhaltlicher und stilistischer Ebene der Arbeit war Philipp Brunner eine sehr grosse Hilfe. Er las die Arbeit von Anfang bis zum Schluss, machte auf Brüche, Lücken und sprachliche Mängel aufmerksam. Mit seiner breiten Erfahrung als Herausgeber und Redaktionsmitglied u. a. des Jahrbuch *Cinema* erkannte er sofort, wo die Schwachstellen waren. Danken möchte ich auch allen Doktorandinnen am Seminar für Filmwissenschaft, die zur selben Zeit an ihrer Dissertation arbeiteten. Während den Mittagessen, in den Pausen und auch zwischendurch, immer war

jemand da, bei dem ich klagen, mit dem ich Probleme besprechen oder Ideen diskutieren konnte.

Doch mein aller, aller grösster Dank gebührt meiner Familie. Werner, Sereina und Simon, ohne euch gebe es diese Arbeit schlichtweg nicht. Mit zwei kleinen Kindern auf dem zweiten Bildungsweg zu studieren, war schon ein Herausforderung genug. Dann noch ein Doktorat daran zu hängen, verlangte viel von euch. Nichtsdestotrotz habt ihr mich all die Jahre getragen. Wenn ich aufgeben wollte, habt ihr mich ermutigt weiterzumachen, und wenn mich eine Erkenntnis beglückte, habt ihr euch mitgefremt. Diese Arbeit gehört auch euch.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Danksagung | v |
| Inhaltsverzeichnis | ix |
| 1 Einleitung | I |
| 1.1 Verschränkung medizinischer, sozialer und kultureller Diskurse | 4 |
| 1.1.1 Der Mythos Syphilis und seine Festschreibung | 4 |
| 1.1.2 Die medizinisch-wissenschaftliche Wende | 7 |
| 1.2 Vorgehen und Forschungsstand | 10 |
| 1.2.1 Geschlechtskrankheiten als Interventionsfeld der Politik | 11 |
| 1.2.2 Thesen | 16 |
| 1.3 Einige Bemerkungen zum Filmkorpus | 18 |
| 1.3.1 Historische Relevanz | 20 |
| 1.3.2 Schwierigkeiten der Einordnung | 23 |
| 1.3.3 Grenzen einer Klassifikation | 26 |
| 2 Kontextualisierung | 31 |
| 2.1 Debatte über die Geschlechtskrankheiten vor dem Ersten Weltkrieg | 32 |
| 2.1.1 Verfolgung der Prostitution | 34 |
| 2.1.2 Verschiebung in der Gesundheitspolitik | 36 |
| 2.1.3 Anfänge der Volksaufklärung | 38 |
| 2.1.4 Geschlechtsspezifische Aufklärung | 40 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.1.5 | Wissenschaftliche Forschung und populäre Vermittlung | 43 |
| 2.2 | Bekämpfung während des Ersten Weltkriegs | 44 |
| 2.2.1 | Militärische Interventionen | 44 |
| 2.2.2 | Nachwirkungen der militärischen Interventionen | 47 |
| 2.3 | Film als Aufklärungsmittel | 49 |
| 2.3.1 | Der Kampf gegen die „Kinematographenpest“ | 50 |
| 2.3.2 | Für den <i>guten</i> Film oder vom Schund zur Volksbelehrung | 52 |
| 2.3.3 | Die Berufung des Films als Propagandamittel | 54 |
| 2.4 | Aufklärungskampagnen nach dem Ersten Weltkrieg | 56 |
| 2.4.1 | Erfolg oder Misserfolg der Aufklärungskampagnen? | 60 |
| 2.5 | Aufklärung zur Steuerung sozialen Verhaltens | 64 |
| 2.5.1 | Merkmale des Seuchendiskurses | 65 |
| 2.5.2 | Disziplinierung der Massen | 67 |
| 3 | Visualisierung medizinischer Befunde | 71 |
| 3.1 | Der medizinisch-dokumentarische Aufklärungs-Lehrfilm | 72 |
| 3.2 | Das didaktische Dispositiv – Strategien der Wissensvermittlung | 76 |
| 3.2.1 | Etablierung des pädagogischen Instrumentariums | 77 |
| 3.2.2 | Erläuterung via Schemata und Animation | 79 |
| 3.2.3 | Imperative der Aufklärung | 83 |
| 3.3 | Die Geschlechtskrankheiten ins Bild gesetzt | 86 |
| 3.3.1 | Der Kinematograph als medizinisch-wissenschaftliches Aufzeich- nungsinstrument | 88 |
| 3.3.2 | Das technische Verfahren schreibt sich ins Bild ein | 91 |
| 3.3.3 | Kontextualisierung der Syphilis | 95 |
| 3.3.4 | Der klinische Blick | 99 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.4 | Die teil- und fiktionalen Aufklärungsfilme | 104 |
| 3.4.1 | Die charakteristischen Aufklärungsfilme | 104 |
| 3.4.2 | Die fiktionalen Aufklärungsfilme | 109 |
| 3.4.3 | Agenten der didaktischen Vermittlung | 112 |
| 3.4.4 | Fiktionalisierung der Symptome | 115 |
| 4 | Narrative der Ansteckung – Didaktik der Erziehung | 125 |
| 4.1 | Theoretische Grundlagen | 127 |
| 4.1.1 | Rhetorische Mittel und narrative Strategien | 129 |
| 4.1.2 | Redundanz | 132 |
| 4.1.3 | Duales Wertesystem | 134 |
| 4.1.4 | Doktrin | 136 |
| 4.2 | Funktionen der Figuren | 137 |
| 4.2.1 | Empathie und Apperzeption | 138 |
| 4.2.2 | Die Kranken | 143 |
| 4.2.3 | Die Ärzte | 151 |
| 4.2.4 | Die Frauen | 171 |
| 4.2.5 | Das Interventionsfeld der Disziplinierung | 180 |
| 5 | Schlussbemerkungen | 183 |
| 5.1 | Paradoxien der Aufklärung – ein Fazit | 183 |
| | Bibliographie | 197 |
| | Filmographie | 217 |

I Einleitung

„[La syphilis] n'est pas une maladie honteuse, mais il est honteux de la transmettre.“ Nicht die Krankheit sei schändlich, sondern sie zu übertragen. Dieser Satz steht als Zwischentitel in *UNE MALADIE SOCIALE – LA SYPHILIS. COMMENT ELLE PEUT DISPARAÎTRE* (Laurent Leredde/Jean Commandon, F 1923), einem französischen Aufklärungsfilm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Trotz dieser Beteuerung haftet den Geschlechtskrankheiten, wie sie in den Aufklärungsfilmen der 1910er bis 1930er Jahre dargestellt wurden, etwas Schamhaftes an, da die Übertragung meist durch den sexuellen Akt – ausserhalb der Ehe – erfolgt.¹ Zum einen ist bereits die Sexualität und alles, was mit ihr zusammenhängt, durch die religiösen Moralvorstellungen mit Scham behaftet. Zum andern geschieht der aussereheliche Sexuallkontakt meist im Versteckten, da er gegen soziale Normen verstösst. Die Krankheit oder besser die Krankheitsmerkmale – Papeln, Knötchen, Pusteln – verraten das heimliche Begehren und machen es publik, so dass auch die Entdeckung einen Akt der Beschämung darstellt.

Das Motiv der Heimlichkeit kennzeichnet aber auch die Geschlechtskrankheiten selbst. So können die Hautveränderungen oftmals mit den weit ungefährlicheren Fieberbläschen, mit Aften im Mund, Anschwellungen der Lymphknoten, die von harmlosen Infekten stammen, verwechselt werden. Schlimmer noch, Infizierte können sich jahrelang gesund wähnen, da keine Schwäche oder Krankheitssymptome auf eine Geschlechtskrankheit hinweisen. Hier stecke auch die höchste Gefahr, waren die Mediziner zu Beginn des 20. Jahrhunderts überzeugt, denn unwissentlich oder sich vermeintlich gesund wähnend würden die Kranken ihre Partner wiederum anstecken, was fatale Folgen hätte für die Betroffenen. Kinder syphilitischer Eltern würden, wenn sie überlebten und nicht bereits im Mutterleib starben, mit zum Teil schwersten Behinderungen geboren. Diese Kinder hätten kaum eine Überlebenschance und wenn, dann nur als Pflegebedürftige.

Abgesehen von den medizinischen Indikationen beurteilte man Geschlechtskrankheiten als eine soziale Krankheit. Nicht allein, weil sie von Mensch zu Mensch im direkten Kontakt übertragen werden, sondern weil der Staat die Lasten zu tragen hatte. In den bürgerlichen

¹ Diese Auffassung wurde jedenfalls im zeitgenössischen Diskurs wiederholt.

Kreisen der westlichen Staaten zeigte man sich besorgt bezüglich der fürsorglichen Pflichten und Kosten, die der Allgemeinheit durch die Patienten im Endstadium entstünden. Darüber hinaus fürchtete man um den Fortbestand der Gesellschaft. Sozio-ökonomische Statistiken und Umfragen bei Ärzten zeichneten ein düsteres Bild. Der deutsche Dermatologe Alfred Blaschko errechnete, dass sich in Deutschland um die Jahrhundertwende alljährlich rund 7 Prozent neu mit Geschlechtskrankheiten infizierten.² Ähnlich wurde die Lage noch Ende der 1920er Jahre in Frankreich eingeschätzt: Hier habe die Syphilis innerhalb von 40 Jahren (1887-1927) 5'600'000 Opfer gefordert, rund vier mal mehr als Gefallene im Ersten Weltkrieg (1'560'000). Auf ein Jahr umgerechnet seien dies 40'000 Tote und 20'000 Totgeburten, heisst es etwa in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES ET L'ARMEMENT ANTIVÉNÉRIEN EN FRANCE* (Jean Benoit-Lévy, F 1927).³ Die Hochrechnungen beschworen den Untergang der westeuropäischen Nationen und legitimierten spezifische Interventionen.

„Nicht die Krankheit ist beschämend, sondern sie zu übertragen,“ argumentierten die Dermatologen. Diese Auffassung formierte sich zu einem gesundheitspolitischen Postulat, weshalb die Bevölkerung in einer sachlichen Weise über die Gefahren und das Wesen der Geschlechtskrankheiten zu informieren sei. Ohne Tabus und Heimlichtuerei sollte über die Krankheiten gesprochen werden. Im Sinne der Ärzte heisst das in einer medizinisch wissenschaftlichen – objektiven, emotionsfreien und abstrakten – Sprache. Dieser sachliche Duktus wurde in die Filme transponiert. Entsprechend sind die Krankheitsmerkmale sowie die Krankheitsverläufe analog der medizinischen Diagnostik dargestellt: Hautveränderungen sind – wie unter dem Mikroskop – ins Bild gesetzt, fragmentiert und reduziert auf die ‚befallenen‘ Körperpartien. Dadurch werden die Körper zu Objekten der wissenschaftlichen Untersuchung – sie werden *ent-individualisiert*, *distanziert* und *abstrahiert*.

Die medizinische Sichtweise dominierte nicht nur die Präsentation der Krankheiten in den Aufklärungsfilmen, sondern sollte künftig auch diejenige der Zuschauer bestimmen. Aufgrund der Ansteckungsart und des Krankheitsverlaufs (Lähmung und Debilität im Endstadium) wurden die Geschlechtskranken zu Beginn des 20. Jahrhunderts stigmatisiert. Dies suchten die Mediziner und Gesundheitspolitiker zu ändern. Aus Scham würden viele Kranke ihre Ansteckung verheimlichen und gingen lieber zu einem Heilpraktiker, als sich von einem Arzt behandeln zu lassen. Der Kampf der Mediziner galt daher der *falschen*

2 Diese Zahl schätzte Blaschko Anfang 1900 aufgrund der Daten, die das Reichsversicherungsamt in Berlin 1898 erhoben hatte. Dieses hatte errechnet, dass von 1000 Einwohnern sieben Männer beziehungsweise 40 Frauen aufgrund der Geschlechtskrankheiten invalid waren. Darin fehlten nach Blaschko aber die Haut-, Leber-, Nieren-, Rückenmark, Augen-, Ohren-, Nerven- und Gehirnerkrankungen, die ebenfalls auf die Geschlechtskrankheiten zurückzuführen seien. Wurden diese mitberechnet, erhöhte sich die Zahl markant. Seine geschätzten Werte lagen bis nach dem Ersten Weltkrieg den Prognosen zugrunde, die zwingende und drastische Massnahmen verlangten (vgl. Blaschko 1902: 34).

3 Diese Zahlen sollten die Zuschauer von der Dringlichkeit der staatlichen Massnahmen überzeugen und den Einzelnen zugleich zur Eigenverantwortung animieren.

Scham, die die Kranken daran hinderte, sich in ihre Obhut zu begeben und sich einer längeren Behandlung zu unterziehen. Die Filmtitel *FALSCHER SCHAM* (Rudolf Biebrach, D 1926), *ON DOIT LE DIRE* (Marius O'Galop, F 1920) oder *ES WERDE LICHT!* (Richard Oswald, 1917) verweisen darauf, dass mithilfe der Filme die dunklen Halbwahrheiten über die Krankheiten beseitigt werden sollten.

Weiter forderten die Mediziner einen neuen Belehrungsmodus, der fern von religiös-moralischen Schuldzuweisungen war. Dieser zeigt sich darin, wie in den Filmen die Geschlechtskrankheiten präsentiert und wie darüber gesprochen wird. Mit modernen Bildgebungsverfahren wie der Mikroskopkinematographie oder wissenschaftlichen Vorträgen sollten sich die Zuschauer direkt angesprochen fühlen, so dass den Geschlechtskrankheiten der Nimbus des Beschämenden genommen werde. Diesem Anspruch folgend ist die Belehrung in *FEIND IM BLUT* (Walter Ruttmann, D/CH 1931) beispielsweise als sachlich-objektive Vorlesung inszeniert. Eine Professor(-Figur) erklärt die Übertragung von Mensch zu Mensch anhand von Zeichnungen, die mit dem Wechsel in Grossaufnahme animiert erscheinen. Danach lässt er ein WachsmodeLL, das ein Krankheitsmerkmal am Mund zeigt, durch die Reihen der Studenten zirkulieren. Die Kameraperspektive wechselt von einer halbtotalen Aufnahme der Situation in einen Point-of-View-Shot auf das Anschauungsobjekt, wodurch die Sichtweise eines Studenten suggeriert wird. Durch diesen Perspektivenwechsel scheint es, als ob die Zuschauer zusammen mit dem Protagonisten an der Veranstaltung teilnehmen würden – gewissermassen als Medizinstudenten. Der Wechsel der Kameraposition versinnbildlicht zugleich die Art und Weise der Belehrung – wissenschaftlich und objektiv.

Trotz der hehren Absicht wirkt das Darstellungsverfahren problematisch. Denn erst der Akt der Inszenierung, die Symptome der Geschlechtskrankheiten ins Bild zu setzen, konstituiert und definiert diese als solche. Hautunreinheiten, kleine Geschwüre und nässende Abszesse können, wie gesagt, auf verschiedene pathologische Zustände zutreffen. Durch die Herausarbeitung der Besonderheiten und die Einbettung in den Kontext der Ansteckung werden sie Syphilis oder Gonorrhö zugeordnet. Darüber hinaus werden die Symptome semantisch aufgeladen. Dieser Bedeutungszuwachs – das lässt sich an den Aufklärungsfilmen nachzeichnen – wird über filmästhetische und narrative Mittel erreicht. Wie die folgende Untersuchung zeigen wird, bleiben die Geschlechtskrankheiten entgegen dem medizinischen Bestreben indes in breiten Bevölkerungsschichten weiterhin Scham belastet. „[La syphilis] n'est pas une maladie honteuse, mais il est honteux de la transmettre.“ Der Satz ist – in Bezug auf die zu untersuchenden Aufklärungsfilme – zutiefst widersprüchlich. Zugleich eröffnet er ein Spannungsfeld, in dem die Aufklärungsfilme angesiedelt sind.

Aufklärungsfilme vermitteln also nicht nur ein ‚Bild‘ der Geschlechtskrankheiten in doppeltem Sinn, indem sie die Merkmale ausstellen und diese als solche kennzeichnen. Mehr noch: Sie konstituieren ein Wahrnehmungsdispositiv und bestimmen, wie die Krankhei-

ten betrachtet werden. Die vorliegende Arbeit fokussiert deshalb auf die filmästhetischen, narrativen und affektiven Mittel, die eingesetzt wurden, um einerseits die Rezipienten zu erreichen und andererseits die pädagogischen Botschaften zu verankern.

1.1 Verschränkung medizinischer, sozialer und kultureller Diskurse

Die Aufklärungsfilme repräsentieren ein medizinisches Wissen durchsetzt mit sozio-kulturellen Vorstellungen über die Geschlechtskrankheiten. Was ist das für ein Wissen, und welche Vorstellungen liegen ihm zugrunde? Diese Fragen zu klären, ziehe ich die sehr detaillierten Ausführungen von Iwan Bloch über den *Ursprung der Syphilis* heran (1910). Blochs kulturgeschichtliche und medizinhistorische Aufarbeitung vertritt eine zeitgenössisch anerkannte Auffassung über Herkunft und ‚Wesen‘ vor allem der Syphilis, wie sie auch in den Aufklärungsfilmen vertreten wird. Mit Einbezug naturwissenschaftlicher Forschungsmethoden vollzog sich in der zweiten Hälfte des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts ein fundamentaler Wandel in der Medizin, an dem die Erforschung der Geschlechtskrankheiten einen wesentlichen Anteil hatte. Dennoch änderte sich an der populären Auffassung nur wenig.

1.1.1 Der Mythos Syphilis und seine Festschreibung

„Wo hat die Syphilis angefangen? Durch wen hat sie angefangen?“ Diese Fragen habe der französische Arzt Philippe Ricord gestellt und zugleich „unzweideutige, objektive“ Antworten geliefert, beginnt Iwan Bloch seine Untersuchung über die Syphilis.⁴ Er, hingegen, unternehme es, die Fälschungen und Irrtümer rund um die Krankheit aufzudecken. In der zweibändigen Abhandlung *Der Ursprung der Syphilis* legt Bloch dar, wie die Geschlechtskrankheiten jahrhundertlang die abendländische Kultur- und Medizingeschichte prägten. Nach seinen Ausführungen gibt es zwei Erklärungslinien, die sich in den Benennungen manifestieren: Die eine Linie weist auf einen mythologischen Ursprung, die andere auf historisch datierbare Ereignisse.

Die Zusatzbezeichnung „venerisch“ verankert die Geschlechtskrankheiten in der Mythologie. „Venerisch“ leitet sich von der Göttin Venus ab. Daher wurden die Geschlechts-

4 Philippe Ricord erbrachte 1867 den Nachweis, dass es sich bei Gonorrhö und Syphilis um zwei verschiedene Krankheiten handelt (vgl. Sauerteig 1999: 32).

krankheiten auch als Venusseuche, Lustseuche oder *Lues venera* bezeichnet.⁵ Venus, die römische Göttin der Liebe, des erotischen Begehrens und der Schönheit verkörpert die Verführung und den sexuellen Genuss. Die Lust aber stand im Widerspruch zur christlichen Sexualmoral. Folglich wurde die Venus im religiösen Kontext negativ konnotiert. Da symbolisierte sie die sexuelle Ausschweifung, ungehemmtes Begehren und Unsittlichkeit. Die Verbindungen zur biblischen Eva sind offensichtlich. Eva, die Adam verführte, ist Schuld an der Vertreibung aus dem Paradies. Sie wird für den Sündenfall – die Ursünde – verantwortlich gemacht, der ursächlich für die Leidensgeschichte der Menschheit steht. Zugleich liegt in ihm die Abwertung der Sexualität in der christlichen Religion begründet. Die Geschlechtskrankheiten offenbarten damit den Genuss verbotener Sexualität, markierten das Übertreten sittlicher Normen, weshalb sie als Strafe Gottes angesehen wurden, was die Stigmatisierung der Kranken rechtfertigte.

Die Fixierung der Krankheit auf die Sexualität beruhe, so Bloch, auf einer astrologischen Konstellation. So vermuteten verschiedene Autoren, die der Mediziner heranzieht, übereinstimmend, dass die Syphilis auf das Zusammentreffen von Saturn, Jupiter, Mars im Zeichen des Skorpions am 25. 11. 1484 zurückzuführen sei. „Der Saturn war von jeher im Occident sowohl als auch im Orient als ein ungünstiges, trauriges Unheil bringendes Gestirn bekannt [...]. Auch Mars galt als unheilvolles Gestirn, dessen rötliches Licht wahrscheinlich an Blut denken liess“ (I. Bloch 1901: 25) Dem Zeichen Skorpion wiederum seien die Geschlechtsteile zugeordnet, schreibt er weiter, was die Fixierung auf die Sexualität erkläre (vgl. ebd.: 26). Diese mythologische Auffassung verschränkte sich mit der Vorstellung, wer mit einer menstruierenden Frau geschlechtlich verkehre, werde geschlechtskrank. Abgeleitet aus der mittelalterlichen Säftelehre glaubte man, dass sich der Körper der Frau durch die Menstruation seiner Gifte entledige, weshalb das Blut einer menstruierenden Frau verunreinigt sei (vgl. ebd.: 122). Der Beischlaf während der Menstruation führe dazu, dass das Blut des Mannes vergiftet werde, da es ein „unreiner Coitus“ sei. Auch Missgeburten und Hermaphroditen – „verdorbene Früchte“ – seien einem solchen „übermässigen und unreinen Coitus“ zu verdanken (1901: 108). Deshalb habe man die Erzeugung kranker und missgestalteter Kinder der Venus zugeschrieben, erläutert Bloch.

Der Inbegriff von Unreinlichkeit, Schmutz und Unsittlichkeit sind die Prostituierten. Sie macht Bloch als Infektionsquellen aus. Von allen Frauen seien die Dirnen die schmutzigsten und ihr Beruf besonders unsittlich. Die Vorstellung von Schmutz- und Unreinheit, die der Krankheit zugrunde liegt, verweist weiter auf das Therapeutikum, mit dem bis zu Beginn

5 Die folgenden Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Syphilis. Die Gonorrhö, auch Tripper genannt, sowie der weiche Schanker (*Ulcus molle*) werden ebenfalls zu den Geschlechtskrankheiten gezählt. Die Syphilis wird allgemein als gefährlicher und heimtückischer als die beiden anderen eingestuft, weshalb am meisten über sie geschrieben wurde.

des 20. Jahrhunderts Geschlechtskranke behandelt wurden: Quecksilber. Quecksilberkuren galten als bewährtes Heilmittel, um Hautunreinheiten, Pusteln und Ausschläge zu bekämpfen,⁶ obgleich die Arznei schwere Nebenwirkungen verursachte.

Die nationalen Zuschreibungen der zweiten Erklärungslinie zielen auf den Ort des ersten Auftretens sowie die darauffolgende territoriale Verbreitung. Die Syphilis wurde auch als Franzosenkrankheit, French Pox, deutsche Krankheit, Spaanse Pocken, Neapolitanische Sucht, Morbus Castilanus, polnische Krankheit bezeichnet, um nur einige aus Blochs reichhaltiger Liste zu nennen (vgl. I. Bloch 1901: 299–305). Die Vielfältigkeit der Zusatzbezeichnungen verweist auf eine europaweite Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, die der Autor mit dem Italienfeldzug von Karl VIII. von 1494–1495 in Verbindung bringt.

Seine Darstellung des historischen Ereignisses illustriert anschaulich die enge Verflechtung zwischen Geschlechtskrankheiten und Krieg. Im März 1494 brach Karl VIII. von Lyon mit einem 32'000 Mann starken Söldnerheer zur Eroberung Italiens auf. Im Heer waren 6000 Schweizer, 10'000 Franzosen und Niederländer, 5000 Gascogner vertreten, der Rest verteilte sich auf Spanier, Italiener, Engländer, Ungarn und Slaven u.a.m (vgl. ebd.: 141). Karl VIII. war nach Blochs Beschreibung ein Genussmensch, der sehr angetan war von der italienischen Kunst, von Luxus und den Frauen – und mit ihm seine Soldaten. In den Städten, in denen das Heer stationiert war, kam es zu sexuellen Ausschweifungen mit einheimischen Frauen. Zudem wurde das Heer selbst von „800 weiblichen Personen, darunter 500 niedrige Dirnen“ (ebd.: 143), begleitet, die jedoch nicht genügten, um die Bedürfnisse der Männer zu befriedigen. Prostituierte gehörten zur militärischen Kampfführung, denn durch die Wollust sollte zugleich die Schlagkraft der Männer angestachelt werden. In Neapel, wo das Heer rund 80 Tage lagerte, feierten Karls Männer „eine einzige lange Orgie“ (ebd.: 149). Bei soviel „Verkehr“ ist es nach Bloch und den Autoren, die er als Gewährsmänner heranzieht,⁷ naheliegend, dass nach kurzer Zeit viele Soldaten an Geschlechtskrankheiten litten. Im November 1495 musste Karl VIII. den Rückzug antreten, entlang der Route breitete sich die Krankheit über Italien aus. Nach Auflösung der Armee kehrten einige Soldaten in ihre Heimat zurück, andere heuerten bei neuen Feldherren an, so dass sich die Geschlechtskrankheiten innerhalb von rund drei Jahren epidemisch über ganz Europa verbreiteten (vgl. ebd.: 138–173). In Bezug auf die Schweiz schreibe der Chronist Cherrier, so Bloch, dass die

6 Aus Amerika stammte eine zweite Behandlungsmethode (neben Quecksilber): der Guajakholz-Absud, der aber wenig wirksam gewesen sei (vgl. Adam 2001: 100f.).

7 Nach Bloch handelt es sich um Ärzte, welche die geschlechtskranke Patienten behandelten. Dabei hätten die meisten darauf hingewiesen, dass es sich um eine unbekannte Krankheit handle, wie sie zuvor noch nicht aufgetreten sei. Daraus schliesst Bloch, dass die Geschlechtskrankheiten in Europa erst aufgrund des Feldzuges auftraten. Aus den unterschiedlichen Krankheitsbeschreibungen folgert er weiter, dass es sich bei den beschriebenen Symptomen um Affekte der Syphilis handeln musste (vgl. I. Bloch 1901: 151 sowie 153–173).

Schweizer besonders gross in „Baccho und Venero“ gewesen seien (Cherrier zit. n. Bloch 1901: 149). Folglich hätten sich praktisch alle angesteckt, und durch sie seien die venerischen Krankheiten in die Schweiz eingeschleppt worden.

In seinen Erörterungen wiederholt Bloch nachdrücklich, dass unter den Söldnern auch Spanier waren. Mit ihrer Herkunft verbindet er den Ursprung der Syphilis. Nur zwei Jahre vor dem Feldzug war nämlich Christoph Kolumbus im Oktober 1492 von seiner Amerikareise zurückgekehrt. An Bord habe er, neben einem Dutzend Eingeborenen, die Syphilis mitgeführt. Bloch stützt sich hier auf die Berichte der spanischen Ärzte Bonifacio Montejo und Diaz de Isla, die zum ersten Mal mit der Krankheit konfrontiert worden seien. Letzterer habe Syphilitische auf Kolumbus' Schiff behandelt (vgl. ebd.: 182). Wie Karls Männer in Italien hätten auch die Seeleute schon kurz nach der Landung auf der Insel Española (Haïti) sexuellen Kontakt mit einheimischen Frauen gehabt. Bloch dazu: „Wie alle Matrosen nach langen Seereisen, stürzten sich die noch dazu sinnlich so leicht erregbaren Spanier in zügellose geschlechtliche Ausschweifungen, bei welchen ihnen die [...] karaibischen Weiber der Antillen nur allzuwillig [sic] entgegenkamen“ (Bloch 1901: 197) Diese Frauen hatten die Spanier angesteckt. In der Folge schleppten die Matrosen die Krankheit nach Spanien ein, genauer in den Anknunftshafen Barcelona, von wo sie sich in kurzer Zeit ausbreitete. Mit der Rekrutierung von spanischen Söldnern gelangten die Geschlechtskrankheiten weiter ins Heer von Karl VIII. und durch die Soldaten schliesslich verbreiteten sie sich über ganz Europa.⁸

Bloch verknüpft historische Ereignisse und Orte kausal mit den Geschlechtskrankheiten, was Karl Sudhoff widerlegt. Nach ihm gibt es bereits Erwähnungen in der Bibel, und Amerika als Herkunftsort unterstützt er nicht (vgl. 1912; 1934). Blochs Darstellung wurde jedoch von zeitgenössischen Ärzten in ähnlicher Weise wiederholt, wodurch sie diskursiv festgeschrieben wurde und zur erhärteten Tatsache gerann.⁹

1.1.2 Die medizinisch-wissenschaftliche Wende

Im Laufe des 19. Jahrhunderts setzten sich in der Medizin immer mehr naturwissenschaftliche Methoden durch, so dass sie sich von einer Bibliotheks- zu einer Laborwissenschaft entwickelte (Ackerknecht 1975: 149). Die Erforschung der Geschlechtskrankheiten und die

8 Während und nach dem Ersten Weltkrieg wurden die beiden Szenarien der Einschleppung und der Verbreitung wiederholt und die Dringlichkeit, Massnahmen zu ergreifen, damit geltend gemacht (vgl. dazu B. Bloch 1919).

9 Vgl. auch Birgit Adam, die in ihrer Darstellung der Syphilis frühere Erwähnungen z. B. aus der Bibel (3. Mose 15, 2-5) oder dem antiken Griechenland anführt. Zwar finde man keine Belege im Werk von Hippokrates, doch liessen sich Trippersymptome auf Geschwüre der Nieren oder Blase zurückführen (2001: 30-34).

Entdeckung ihrer Erreger hatten markanten Anteil an dieser Änderung und begründeten das Renommee der Bakteriologie des 19. und 20. Jahrhunderts. Durch die Forschungsergebnisse veränderte sich nicht nur der Wissensstand und damit die Behandlung der Krankheiten, ebenso fundamental verschob sich das Bild der Krankheit von einem mythisch-christlichen zu einem wissenschaftlich-abstrakten. Dennoch waren der ‚modernen‘ Pathogenese die alten Erklärungsmodelle immanent und beeinflussten sowohl die Suche nach dem Erreger als auch die Behandlungsmethoden, wie Ludwik Fleck, polnischer Arzt und Mikrobiologe, in *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* feststellt (1980). Am Beispiel der Syphilis analysiert er, wie frühere Erklärungen und mythische Vorstellungen die damalige medizinische Forschung und die daraus gewonnenen Erkenntnisse beeinflussten.

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts fasste man unterschiedliche Krankheiten aufgrund der äusseren Merkmale zu einer zusammen. So wurden zum Teil auch Pocken- oder Lepraerkrankungen zu den Geschlechtskrankheiten gezählt, während man die eigentlichen: Syphilis, Gonorrhö (Tripper) sowie den weichen Schanker (*Ulcus molle*) nicht unterscheiden konnte. Erst Philippe Ricord hat zwischen Gonorrhö und Syphilis unterschieden und bestärkt, dass die Infektion von Mensch zu Mensch – am häufigsten durch den Sexualakt – übertragen wird (vgl. Fleck 1980: 13). Als Ursache wurden Erreger angenommen, die ähnlich dem Tuberkulose-Erreger in den menschlichen Organismus eindringen und dort die unterschiedlichsten Krankheitsformen auszulösen vermögen. Nach Oskar Wyss, dem Leiter des Hygiene-Instituts an der Universität Zürich,¹⁰ konnten die Erreger verschiedene Organe befallen und dadurch mannigfaltige Krankheitsbilder erzeugen. Dies erschwerte eine eindeutige Diagnose, weil die Symptome mit denjenigen anderer Erkrankungen leicht verwechselt werden konnten. Wyss zufolge bildeten sich zuerst Geschwüre an den befallenen Stellen; in dieser Phase seien die Krankheiten noch leicht heilbar. Je länger mit einer Behandlung zugewartet werde, desto verheerender seien die Folgen. Die Lymphdrüsen würden befallen und von da verteilten sich die Erreger über den ganzen Körper.¹¹ Während der Tripper vor allem für die Sterilität bei Mann und Frau sowie für Totgeburten und Missbildungen der Neugeborenen verantwortlich gemacht wurde, konnte die Syphilis fast jedes Organ befallen: Leber, Lunge, Herz, Muskeln, das Bersten von Blutgefässen verursachen oder Lähmungen des motorischen Apparates durch Befall des Zentralen Nervensystem bis zur „Verblödung“ aufgrund von „Hirnerweichung“. Alle venerischen Krankheiten würden, so Wyss, zum verfrühten Tod führen (vgl. Wyss 1901: 3-11).

Die Nosologie der Syphilis erweckt den Eindruck eines positivistisch angehäuften Wissens, das auf einer zielgerichteten Entwicklung wissenschaftlicher Kenntnisse beruht. Gegen

10 Oskar Wyss war ab 1886 Ordinarius des neuen Lehrstuhls für Hygiene an der Universität Zürich und leitete das dazugehörige Institut (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 312).

11 Auffallend ist, wie stark die Darstellung des Krankheitsverlaufs der Beschreibung des Italienfeldzugs und der anschliessenden Epidemie gleicht.

dieses Verständnis wissenschaftlicher Erkenntnisbildung wendet sich Fleck. So widerlegt er die Auffassung, die Analyse der Geschlechtskrankheiten sei teleologisch entlang der sich entwickelnden medizinischen Forschung verlaufen. Stattdessen seien Definition und Krankheitsbilder ein Gemenge aus traditionellen und mythischen Denkweisen. Nach Fleck beruht z. B. die Quecksilbereinreibekur auf der Vorstellung, das von der Syphilis kontaminierte Blut zu reinigen. Obwohl mit der Gefahr der Vergiftung verbunden, sei sogar der toxische Speichelfluss während der Kur als therapeutischer Effekt beurteilt worden. Quecksilber, das in der uralten Metallotherapie verwurzelt ist, wurde mit der Säftelehre des Mittelalters in Zusammenhang gebracht (vgl. Fleck 1980: 5–10).

Darüber hinaus habe die Verbindung von Syphilis und kontaminiertem Blut geradezu nach einer „Blutprobe“ verlangt, meint Fleck weiter, was „zur präzisen Herausmeisselung der Krankheitseinheit“ geführt habe (ebd.: 11).¹² Dies, obwohl der Gedanke, nach Krankheitserregern im Blut zu suchen, Mitte des 19. Jahrhunderts gar nicht besonders auf der Hand lag. Die Vorstellung, dass die epidemischen Krankheiten durch Ansteckung übertragen und durch Mikroorganismen verursacht würden, sei, schreibt Erwin Ackerknecht, bereits im 16. Jahrhundert durch Fracastorius und im 17. Jahrhundert von Lancisi und Linné vorgebracht worden. 1840 wurde sie kaum mehr beachtet, als sie Jacob Henle erneut verkündete. Die Zeitgenossen taten diese Idee sogar als altmodischen Irrtum ab. Erst der Nachweis von Agostino Bassi, dass eine Seidenraupenkrankheit durch Pilze hervorgerufen werde, führte zur Erkenntnis, dass Infektionskrankheiten durch Mikroorganismen ausgelöst sein können (vgl. Ackerknecht 1975: 153). In der Folge wurde eine Reihe solcher Erreger entdeckt, u.a. 1879 die Gonokokken, die Erreger des Trippers, durch Albert Neisser, 1905 das Syphilis-Bakterium *Spirochaeta pallida* durch Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann. Diese Entdeckungen bestätigten die Vermutung, dass die Erreger im Blut zu finden und nachzuweisen seien.¹³ Einerseits evozierten sie einmal mehr das Bild des *ver-unrein-igten* Blutes und damit tradierte Vorstellungen. Andererseits lieferten sie ein wissenschaftliches Bild der Krankheiten. Mikroorganismen, Mikroskopie, Labor, Aufnahmen des zirkulierenden Blutes und Gewebequerschnitte konstituierten eine neue Wahrnehmung von Körper und Krankheit. Die Entdeckungen ‚zerrten‘ die Erreger ans Licht, machten sie *sichtbar* und damit präsentierbar.

Ein weiteres Beispiel zeigt, wie sich die Verschränkung von Wissenschaft und sozio-kulturellem Diskurs auch im Sprachgebrauch manifestiert, d. h. der Art wie Mediziner über die Geschlechtskrankheiten sprechen. Der Basler Professor der physiologischen Chemie

12 Bis zur Einführung von Paul Ehrlichs Therapeutikum Salvarsan, das auf einer Arsenverbindung basiert, hielt man an der Quecksilberbehandlung trotz schweren Nebenwirkungen fest (vgl. Sauerteig 1999: 34).

13 Das enorme Renommee der Bakteriologie Ende des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts beruht zu einem grossen Teil auf diesen Entdeckungen.

Gustav von Bunge umschreibt die Krankheit beispielsweise so: „Die Syphilis schleicht unsichtbar einher, wie eine giftige Schlange mordend und zerstörend unter dem Schutz der Aerzte“ (Bunge 1911: 16). Das Bild der Schlange erinnert unmissverständlich an die Versuchung Adams durch Eva, die, verführt durch eine Schlange, ihm den Apfel reicht, was zum Sündenfall und damit zur Vertreibung aus dem Paradies führte (vgl. 1. Kapitel der *Genesis* in der Bibel). Damit weist der Satz über die Wissenschaft zurück auf das deviante, unsittliche, sexuell enthemmte Verhalten, das mit den Geschlechtskrankheiten untrennbar verknüpft blieb.

Kurz zusammengefasst: Trotz anders lautendem Bestreben vermischten sich Ende des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts im Diskurs über die Geschlechtskrankheiten neue wissenschaftliche Erkenntnisse mit Vorstellungen einer mythologisch-historischen Herkunft. Auf diesem diskursiven Fundament, wie es Fleck herausgearbeitet hat, gründen auch die Darstellungen und Erklärungen der Geschlechtskrankheiten in den Aufklärungsfilmern. Gestützt werden sie durch das aus der medizinischen Forschung Ende des 19. / Anfang des 20. Jahrhunderts produzierte Wissen und den dazugehörigen Bildern. Sie machen die Krankheiten überhaupt erst sicht- und darstellbar. Da ist es evident, dass diese Filme durch die intensivierte Aufklärungstätigkeit nach dem Ersten Weltkrieg nicht nur an der Verbreitung der Kenntnisse über Geschlechtskrankheiten in der breiten Öffentlichkeit beteiligt waren, sondern darüber hinaus das Bild, das man sich von Syphilis und Tripper machte, prägten. In vorliegender Arbeit geht es genau darum zu untersuchen, wie das Wissen über die Geschlechtskrankheiten medienpezifisch konstruiert und mit dem erzieherischen Anliegen, die Menschen davor zu schützen, narrativ kombiniert wurde. Es ist daher zentral zu analysieren, wie die Krankheiten dargestellt, welches Erklärungsmodell – wissenschaftlich oder mythologisch-christlich – favorisiert wurde, um beim Publikum eine bestimmte Sehweise zu evozieren. Daraus entwickeln sich Fragestellung und Methode.

1.2 Vorgehen und Forschungsstand

Filme sind keine Texte im herkömmlichen Sinn. In ihnen überlagern sich Bild, Bewegung und Text, aber auch Licht und Schatten, Kadrierung und Einstellungsgrösse etc. und formen sich im Kopf der Rezipienten zu einem Sinn Ganzen. Wie generieren die bewegten Bilder Bedeutung, die mehr ist als das bloss Faktische? Wie lesen die Zuschauer die Filme? Zur Beantwortung solcher Fragen stellt die Filmwissenschaft filmanalytische Werkzeuge bereit, welche den Untersuchungen zu Struktur (Genres, Montage, Didaktik), zur Ästhetik (Ikono-graphie, Narration, Mise en scène) sowie Perzeption (Zuschauer- und kognitive Theorien) zugrunde liegen. Doch wie ist das Analytierte zu deuten? Und welche Relationen lassen sich

zu den zeitgenössischen, philosophischen, psychologischen und sozio-kulturellen Themen herstellen?

Den grössten Einfluss sowohl in Bezug auf die untersuchten Themen als auch hinsichtlich des analytischen Instrumentariums gebührt Michel Foucault. Seine Untersuchungen zu Medizin, zu Sexualität, zur Konstituierung von Wissen und Macht sowie über die Disziplinierung der Subjekte sind grundlegend. So stützt sich die vorliegende Untersuchung in Kapitel 3 auf Erkenntnisse aus *Die Geburt der Klinik* (2005) und in Kapitel 4 und 6 auf *Sexualität und Wahrheit* (1983) und *Gourmentalität* (2000). Ferner ist das methodische Vorgehen, genau hinzuschauen, wie über die Dinge gesprochen wird, wie Informationen präsentiert und mit bestehenden Kenntnissen verknüpft werden, inspiriert von Foucaults Diskursanalyse. Ausserdem liegen seine Erkenntnisse zu einem grossen Teil auch der von mir beigezogenen Sekundärliteratur zugrunde. Sowohl Lisa Cartwrights Analysen der medizinischen Kinematographie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als auch die Erarbeitung von Ramón Reicherts didaktischem Dispositiv basieren auf Foucaults Werk.

Im Folgenden werde ich weitere für meine Arbeit relevante Studien nennen, mich zu bestehenden Positionen der Geschichte und Historiographie der Geschlechtskrankheiten äussern und zugleich einen kurzen Überblick über den systematischen Aufbau der Untersuchung geben.

1.2.1 Geschlechtskrankheiten als Interventionsfeld der Politik

Zur Gesundheitspolitik und Aufklärung (besonders 1870-1950) sowie zur Geschichte der Medizin und der Geschlechtskrankheiten im Speziellen sind in den letzten Jahren zahlreiche Untersuchungen und wissenschaftliche Arbeiten erschienen. Ich nenne die wichtigsten, die mir zur Erarbeitung des historischen Hintergründe dienten und die Folien für meine diskursiven Analysen liefern. Oben bereits beigezogen habe ich die *Kurze Geschichte der Medizin* von Erwin Ackerknecht (1975), Paul Julian Weindling arbeitet zur deutschen Gesundheitspolitik bis 1945 (vgl. 1989a und 1989b) und Allen Brandt (1987) geht den Aufklärungskampagnen in den USA seit 1880 nach. Über die Geschlechtskrankheiten und die Gesundheitspolitik in Deutschland schreibt Lutz Sauerteig (1999), über diejenige in Frankreich Alain Corbin (1978) und auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Zürich (1870-1920) fokussiert die Dissertation der beiden Schweizer Historikerinnen Dominique Puenzieux und Brigitte Ruckstuhl (1994). Wenige Jahre früher hat Marianna Christen bereits dasselbe Thema in einem Aufsatz bearbeitet (1988). In *Kultur der Begierde* hat Franz X. Eder eine Geschichte der Sexualität zusammengetragen (2002).

Die Aufklärungsfilme sind Produkte der damaligen Gesundheitspolitik und präsentieren nicht nur die zeitgenössischen medizinischen Kenntnisse, sondern spiegeln auch die Werthaltungen, die den politischen Interventionen zugrunde liegen. Um die Filme im historischen Kontext zu situieren und deren Inhalte zu verstehen, werde ich in einem ersten Schritt in Kapitel 2 die Geschlechtskrankheiten (Geschichte, Medizin) und ihre Bekämpfung vor, während und nach dem Ersten Weltkrieg erarbeiten. Die zeitliche Eingrenzung erfolgt darum, weil erstens Filme nach dem Krieg als Aufklärungsmedien in grösserem Umfang eingesetzt wurden, und zweitens die ergriffenen Massnahmen in engem Zusammenhang mit dem Krieg und der erwarteten Zunahme an Neuinfizierungen stehen.¹⁴ Diesbezüglich stütze ich mich vor allem auf die historischen Recherchen zur Situation in der Schweiz von Puenzieux und Ruckstuhl sowie auf historische Quellen.

Die Historiker sind sich einig, dass die vor und nach dem Ersten Weltkrieg ergriffenen Massnahmen kaum darauf zielten, die Geschlechtskrankheiten tatsächlich zu bekämpfen. So spricht Corbin von einer Dramatisierung der Krankensituation. Ähnlich argumentiert Gerd Göckenjan, der die Syphilis weniger als medizinisches denn politisches und soziales Problem sieht (1989).¹⁵ Auch Brandt misstraut den allein medizinisch begründeten Interventionen. Er fragt sich, warum es bei den Geschlechtskrankheiten misslang, sie durch Aufklärung und medizinische Massnahmen zum Verschwinden zu bringen, wenn dies doch bei Infektionskrankheiten wie Diphtherie oder Tuberkulose praktisch gelang. Er stellt klar, dass der Suche nach den Ursachen und dem Kampf gegen weitere Ansteckungen Vorstellungen und Werte zugrunde lagen, die wenig mit den biologischen Faktoren zu tun hatten (vgl. Brandt 1987: 3-6).¹⁶ Corbin bestätigt diese Einschätzung für Frankreich. Massnahmen und prognostizierte Zahlen seien jenseits der Realität, stattdessen spricht er von einer Dramatisierung der Situation (vgl. Corbin 1978: 247f). Syphilis und Gonorrhö fungierten vielmehr als Symptome einer Gesellschaft, die in ihren Fundamenten instabil und im Wandel begriffen sei, wie dies nach dem Ersten Weltkrieg der Fall war. Die soziale Instabilität löste in gewissen Kreisen Unsicherheit und existentielle Ängste aus, die Abwehrreaktionen provozierten. Was tatsächlich vermittelt wurde, darin stimmen die Autoren überein, waren sittlich-moralische Werte. Der Diskurs über die Seuchen, und dazu zählt Marco Pulver auch die Syphilis, diene in erster Linie dazu, die Menschen zu erziehen, indem tradierte

¹⁴ Denn, wie in 1.1 dargelegt, besteht ein enger, diskursiver Zusammenhang zwischen Krieg und Geschlechtskrankheiten.

¹⁵ Andrew Mendelsohn zufolge liegt der „Neudefinition von Epidemien als ‚Invasionen‘“ im Aufkommen der Populationsökologie begründet. Er zeichnet den Zusammenhang zwischen einer Epidemie, die auf eine Störung des (sozialen) „Gleichgewichts“ weist, und der gesellschaftlichen und industriellen Entwicklung des „Maschinenzeitalters“ nach (vgl. Mendelsohn 2007).

¹⁶ Obwohl sich die Geschlechtskrankheiten mit Antibiotika behandeln liessen, seien sie nicht verschwunden. Brandt schreibt: „Effective against certain microorganisms, the magic bullets [so wurde Paul Ehrlichs Therapeutikum, das Salvarsan auch genannt] cannot combat the social and cultural determinants of these infections“ (Brandt 1987: 161).

Normen und soziale Strukturen *rekalibriert* werden. In *Tribut der Seuche* (1999) untersucht er Berichte und literarische Darstellungen über epidemisch auftretende Krankheiten seit der Antike. Aus ihnen extrahiert er narrative Muster, die sich über Jahrhunderte wiederholten und dadurch zu einem „Dispositiv“ der Seuche festigten. Er bestätigt, dass solche Seuchen nur in Momenten der Krise und vorzugsweise im Verbund mit Krieg und Katastrophe auftreten. Seine Darlegungen dienen als Folie, um den Diskurs und die ergriffenen Massnahmen während und nach dem Ersten Weltkrieg beurteilen zu können. Es ist naheliegend, die Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Teil dieses Dispositivs zu verstehen.

Den Film als Aufklärungsmedium thematisieren folgende Autoren: Während Petra Ellenbrand (1999) in ihrer Arbeit die deutschen Titel als Teil aller damals eingesetzten Mittel im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auflistet, fokussieren Ulf Schmidt (2000) und Thierry Lefèbvre (2000) in ihren Aufsätzen auf den Film als Vermittlungsmedium. Nach dem Krieg setzte eine rege Aufklärungstätigkeit ein, für die in den 1920er und zu Beginn der 1930er Jahre eine Reihe Filme hergestellt wurden.¹⁷ Aus dieser Periode stammt der einzige Schweizer Aufklärungsbeitrag: *FEIND IM BLUT*, den die Zürcher Praesens Film AG in Zusammenarbeit mit ihrer deutschen Zweigstelle 1931 produzierte. Seine Produktions-, Rezeptions- und Distributionsgeschichte ist Gegenstand der Lizentiatsarbeit von Jeannette Egli (1999), in der sie Filminhalte mit historischen Sachverhalten der damaligen, politischen und medizinischen Situation in Zürich verknüpft. Marianna Christen (1988) hingegen nutzt den Film, um einzelne Schritte der Schweizer Aufklärungsaktivitäten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu illustrieren. Gemeinsam ist den genannten Arbeiten, dass sie die Geschlechtskrankheiten und die entsprechenden Filme aus einer medizin-historischen Perspektive betrachten. Christen erzählt zwar Passagen aus dem Film, doch unterlässt sie es, eine Verbindung zwischen dem Filminhalt und der politischen Gesundheitspolitik zu ziehen. Ähnlich Ellenbrand, auch sie erzählt die Filmhandlungen nach, ohne dass klar wird, *was* denn genau *wie* gezeigt wird. Waren die Vorführungen von Arztvorträgen begleitet, um die richtige Interpretation zu gewährleisten? Wie wurden die Krankheitssymptome präsentiert – mittels Trickaufnahmen oder ‚realen‘ Patienten? Wie wurde das Publikum sinnlich angesprochen?

Aus den bisherigen Untersuchungen geht also nicht hervor, wie die Inhalte filmästhetisch aufbereitet wurden. Wie verknüpften die Filmemacher Krankheit und soziale Devianz semantisch? Wie wurde das Publikum zur ‚richtigen‘ Lektüre angeleitet? In der vorliegenden

17 Weitere Aufklärungsfilme thematisieren Tuberkulose, Alkoholmissbrauch oder Krebs.

Arbeit werde ich daher die Perspektive im Sinne Frank Kesslers¹⁸ wechseln und die Filme zwar im historischen Kontext der Aufklärungskampagnen verankern, mich dann aber auf ihre medienspezifischen Vermittlungsstrukturen konzentrieren: einerseits in Bezug auf die Visualisierungsstrategien, andererseits auf Aufführungs- und Präsentationsdispositive. Die Filme waren Teil des weit geführten Diskurses über die Geschlechtskrankheiten, durch sie wurden medizinisch-soziale Kenntnisse und Haltungen tausendfach verbreitet und weitergeführt. Aus diesem Grund sollen die Aufklärungstitel auf ihre Inhalte und Vermittlungspraxis hin analysiert werden. So widmet sich Kapitel 3 der Darstellung und Visualisierung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Symptome. Die Visionierung der Aufklärungsfilme hat offenbart, dass die Patientenaufnahmen der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung folgen, die seit Ende des 19. Jahrhunderts die Fotografie und später die Kinomatographie zur Erkenntnisgewinnung einsetzte. Lisa Cartwright (1997) demonstriert, wie das medizinische Bildverfahren die Krankheiten moduliert und dadurch auch konnotiert. Analog zur Untersuchungssituation diktiert der Blick des Arztes sowohl die Perspektive der Aufnahmen als auch diejenige der Betrachter. Dieser Ansatz liegt der Analyse der medizinischen Befunde zugrunde.

Zum Teil wurden die Filme an Vereinsanlässen durch einen Arztvortrag begleitet, zum Teil liefen sie im Programm kommerzieller Kinos. Vor allem bei der Projektion im Lichtspieltheater musste sichergestellt werden, dass das Publikum die Inhalte adäquat las und interpretierte. Aufklärungsfilme zeichnen sich daher durch eine Darstellungsweise aus, die der Lehrpraxis der Schulen entnommen ist. Pfeile, die auf besondere Merkmale hinweisen, Beschriftungen, Vergrößerungen, Ausschnitte etc. sind typische Instrumente didaktischer Vermittlung. Mit ihnen ist, wie Ramón Reichert (2007) schreibt, eine spezifische Lektüre verbunden, die in der Schule eingeübt wurde. Vor allem die medizinischen Lehrfilme sind mit diesen Werkzeugen ausgestattet. Anhand von Reicherts Ausführungen lassen sich die didaktischen Anweisungen entschlüsseln und der Lektüreprozess nachzeichnen. Auch wenn sich im Nachhinein nicht eindeutig nachweisen lässt, wie die empirischen Zuschauer die Filme tatsächlich verstanden haben, so können immerhin die in den Filmen angelegten Lektüeranweisungen offengelegt und die intendierte Rezeption antizipiert werden. Auf der Basis dieser innerfilmischen Anleitungen soll zuzüglich der filmhistorischen und diskursiven Kontexte der Prozess der Bedeutungsgenerierung rekonstruiert werden.

Neben der Belehrung, d. h. über Ätiologie und Pathogenese der Krankheiten zu informieren, hatten die Aufklärungsfilme die Aufgabe, auf das soziale Verhalten des Publikums einzuwirken. Die erzieherischen Aspekte der Aufklärungsfilme sind Gegenstand des Ka-

¹⁸ Um die Filme im historischen Kontext zu verstehen, ist es nach Kessler unerlässlich eine „pragmatische“ Perspektive einzunehmen und sie in ihrem Aufführungskontext zu begreifen (vgl. 2002). Auf diesen Aspekt werde ich im 2. Kapitel zurückkommen.

pitels 4. Den Filmen ist folglich eine ausgesprochene Appellstruktur immanent. Der doppelte Auftrag manifestiert sich in der Gestaltung. Kennzeichnend ist somit die Mischung medizinisch-wissenschaftlicher Aufnahmen verknüpft mit fiktionalen Episoden, die Ursache und Folgen der Infektion zeigen. Nicht nur steckten sich bestimmte Menschengruppen, so die zeitgenössische Auffassung, häufiger an, es gab auch bestimmte Situationen, die eine Infizierung begünstigten. Diese Sachverhalte sind in Spielfilm-Episoden eingebettet, in denen fiktionale Figuren nach sozialen Handlungsmustern agieren. Zum einen offerieren sie Identifikationsangebote; die Zuschauer sollen sich in den narrativen (Alltags-)Situationen wiedererkennen. Zum anderen sollen sie einen erzieherischen Effekt auf das Publikum ausüben, damit dieses sich in ähnlichen Lebenslagen konform verhält. Die gespielten Episoden sind narrativ ähnlich konstruiert, wie dies Susan Suleiman (1993) für den französischen, sozial engagierten Bildungsroman eruiert hat. Nach Suleiman steht die Verhandlung ethisch-moralischer Werte im Zentrum des Bildungsromans. Die Helden geraten auf Abwege, um dann geläutert auf den ‚richtigen‘ Lebensweg zurückzufinden. In analoger Weise sollen die Leser angeregt werden, sich ‚richtig‘ zu verhalten. Dazu bedient sich der Bildungsroman erprobter rhetorischer Mittel: Redundanz, ein duales Wertesystem und inhärente Doktrin. Zur Erarbeitung der narrativen Elemente lassen sich Suleimans Erkenntnisse auf den Aufklärungsfilm übertragen.

Das duale Wertesystem und die inhärente Doktrin äussern sich im Handeln der Figuren. Den Protagonisten kommen daher spezifische Funktionen innerhalb der Narration zu. Während die Männer diejenigen sind, die sich mit einer Geschlechtskrankheit anstecken und sie auf ihre Ehefrauen und Kinder übertragen, treten Frauen als Prostituierte, die die Männer anstecken, oder als Opfer auf, die von ihnen infiziert werden. Ein wesentlicher Punkt meiner Arbeit ist daher, die Rollenzuweisungen und geschlechterspezifischen Handlungsmuster zu hinterfragen. Die Ätiologie der Syphilis wird dabei ursächlich mit sozialem Verhalten verknüpft. Diese Verbindung macht es ‚unumgänglich‘, dass neben den medizinischen Aspekten auch soziale und moralische Normen und Werte verhandelt werden. Einerseits bot die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten den Ärzten ein Interventionsfeld, ihre sozial-konservativen Normvorstellungen gesellschaftlich zu verbreiten. Andererseits dominierten sie den Aufklärungsdiskurs, wodurch er medizinisiert und abweichendes Sexualverhalten pathologisiert wurde. Wie Göckenjan, Corbin und Brandt übereinstimmend feststellen, haben die medizinischen und aufklärerischen Massnahmen weder Syphilis noch Gonorrhö zum Verschwinden gebracht. Stattdessen verhalf der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten den Ärzten zu mehr Einfluss und Macht. Die propagierte Sofortmassnahme, bei geringstem Verdacht einen Arzt aufzusuchen, zielte darauf, die Menschen routinemässiger medizinischer Überwachung zuzuführen, was, so Göckenjan, zur „medikalisierten Gesell-

schaft“ führen sollte (vgl. 1989: 48). Der Diskurs über die Geschlechtskrankheiten ist denn vor allem ein pädagogischer und moralischer.

Zum Schluss soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit der enorme Aufklärungsinput die sexuelle Verhaltensweise verändert hat. Oder lässt sich zumindest eine gewisse Beeinflussung eruieren? Seit der Jahrhundertwende hatten sich die sozialen Strukturen durch Urbanisierung, Ökonomie und Krieg immer mehr verändert. Während auf dem Land die traditionellen Mechanismen noch funktionierten und das Verhalten des Einzelnen dem Gruppendruck unterlag, entfiel diese Sozialkontrolle in den Städten. Deshalb mussten die Menschen dazu gebracht werden, Verhalten und Normen zu verinnerlichen. Christen folgert, dass die medizinische Aufklärung nicht unwesentlich dazu beigetragen habe, „dass breite Bevölkerungskreise den eignen Körper unter dem Druck moralischer Schuldgefühle ängstlich untersuchten und die kleinste Abweichung tief beunruhigt registrierten“ (Christen 1988: 246). Zu wissen, was ‚normales‘ oder eben ‚abweichendes‘ Verhalten ist, erfordert zu eigen gemachte Werte und Normen. Dieser erzieherische Mechanismus erinnert an Foucaults Begriff der *Gouvernementalität*. Darunter versteht er Verfahren oder Taktiken, um Macht und Kontrolle über die Subjekte auszuüben (2000: 64). Es sind bürgerliche Normen und Werthaltungen, die in den Filmen vermittelt werden. Haben sie das Ziel erreicht und die Zuschauer dazu gebracht, Selbstbeherrschung zu üben und den eignen Körper ständiger Kontrolle zu unterziehen?

1.2.2 Thesen

Der Fokus der Untersuchung liegt auf den Filmen selbst. In ihnen sind Inhalt, Botschaft und didaktische Vermittlung orchestriert eingesetzt, um den gewünschten Lerneffekt bei den Zuschauern zu erreichen. Ihnen ist also eine explizite Appellstruktur immanent. So zeichnen sich Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dadurch aus, dass die Lektüre und Bedeutungsgenerierung durch filmische und narrative Mittel gesteuert wird, um den Interpretationsspielraum zu verengen und ihn *eindeutig* festzuschreiben. Das bedeutet, dass die Filme klare Lektüre- und Deutungsanweisungen beinhalten, wie es für didaktische Medien charakteristisch ist.¹⁹ Der Fokus der Analyse liegt somit auf der Rekonstruktion einer möglichen Rezeption auf der Basis von politisch-historischen, filmästhetischen und filmhistorischen, medizinischen und sozialen Diskursen.

¹⁹ Zur Unterscheidung der Begriffe „didaktisch“ und „pädagogisch“, die Alltagssprachlich oft als Synonyme verwendet werden, beschreibt der Duden „didaktisch“ als „Vermittlung von Lernstoff“, also Methoden, wie die Inhalte aufbereitet und zugänglich gemacht werden, während „pädagogisch“ die Erziehung betrifft, also auf Theorien und Praktiken der Erziehung beruht (Duden 2005: 231, 748).

Im Rahmen der Aufklärung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kam den Filmen die doppelte Aufgabe zu, die Zuschauer einerseits über die Krankheiten zu informieren und andererseits einen Erkenntnisprozess zu lancieren, der das künftige Verhalten bezüglich Krankheiten, Sexualität und Umgang mit dem eigenen Körper verändern sollte. Belehrung und Erziehung sind zwei pragmatische Funktionen, welche die Filme strukturell und narrativ prägen. Kraft ihrer Funktionen bildeten sie nicht nur einen Teil des Diskurses über die Geschlechtskrankheiten, sondern präsentierten diesen vielmehr und trugen wesentlich zur Verbreitung der aufklärenden Botschaften bei. Meine zentrale Frage geht folglich dahin: Wie und mit welchen Mitteln stützten die Filme diesen Diskurs? Die Zusammenarbeit zwischen Mediziner*innen und Filmemachern, die kennzeichnend für diese Art von Aufklärungsfilmen ist, garantierte, dass sowohl von filmischer Seite die wirkungsvollen Darstellungsmittel eingesetzt wurden als aus ärztlicher Sicht die medizinischen Inhalte ‚wahr‘ und verständlich dargestellt waren. Eine Besonderheit der Aufklärungsfilme ist, wie diese zwei Ebenen von Darstellungsform und Inhalt interagieren. Obwohl dies von ärztlicher Seite versichert wurde, sind die präsentierten Krankheitsmerkmale niemals ‚objektiv neutral‘ gefilmt. Licht und Schatten, Kameraperspektive und -bewegung, Kadrierung sowie Mise en Scène modellieren die Objekte in einer Art und Weise, dass ihnen mehr anhaftet, als tatsächlich gegeben ist. Sie wirken atmosphärisch aufgeladen. Die These in Bezug auf die Belehrungsfunktion lautet daher, dass die Filmgestaltung einen Bedeutungsüberschuss generiert, der über das ‚rein‘ Faktische – die dargestellten Inhalte – hinausweist und diese wechselseitig konnotativ auflädt. Dies manifestiert sich insbesondere in der Präsentation der medizinischen Befunde. So modelliert der kinematographische Apparat durch das Ins-Bild-Setzen nicht nur den denotativen Wert der Objekte, vielmehr werden deren Aussagegehalt erst durch die Aufnahmetechnik konstituiert. Dadurch wird aber das Diktat einer objektiv-wissenschaftlichen Darstellungsweise, um die Geschlechtskrankheiten von ihrer Stigmatisierung zu befreien, unterlaufen.

Die Aufklärungsfilme boten den Mediziner*innen eine Plattform, sich und ihre medizinischen Künste zu inszenieren. Somit halfen diese Medien mit, die Macht der Ärzte zu stärken und ihren Führungsanspruch zu etablieren. Dies geschieht hauptsächlich durch die Übertragung des „klinischen Blickes“ auf die Rezipienten. Indem der technische Apparat die Untersuchungsanordnung imitiert, oktroyiert er dieselbe Blickperspektive auf das Publikum. Der ärztliche Blick diktiert den Blick der Zuschauer auf die Körper der Kranken. Da der Leib zugleich Wahrnehmungsorgan ist, schreibt er sich auch in den Blick auf den eignen Körper ein: Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle – Methoden der „Gouvernementalität“ – fungieren als Instrumente der Macht.

Die Leute mittels Aufklärungskampagnen über die Geschlechtskrankheiten, über Ätiologie und Pathogenese, zu informieren, bedeutet zugleich, dass auch über Sexualität, sittlich-

ethische Normen und Werthaltungen gesprochen werden musste. Die Filme präsentieren diesen Diskurs nicht nur, vielmehr tragen sie zu dessen Fortführung und Verbreitung bei. Wenn das „Reden über Sexualität“, im Sinne Foucaults (vgl. 1983: 35), Ausdruck von Machtmechanismen ist, so müssen die Aufklärungsfilme als Instrumente, als Hilfen zur Etablierung und Durchsetzung dieser Machtmechanismen angesehen werden. Die Aufklärungsfilme fungieren somit als Werkzeuge zur Steuerung sozialen Verhaltens – dies die These in Bezug auf die Erziehungsfunktion der Filme. Sie tun dies nicht nur, indem sie adäquates und normverletzendes Verhalten vorführen, sondern auch, indem sie den Lektüreprozess so anleiten, dass die ‚Lerninhalte‘ möglichst nachhaltig verinnerlicht werden.

1.3 Einige Bemerkungen zum Filmkorpus

Es war eine kurze Notiz in den Protokollen des Schweizer Schul- und Volksskinos (SSVK), dass die Firma Aufklärungsfilme gegen Geschlechtskrankheiten verlieh und vorführte, die das Interesse weckten.²⁰ Der SSVK war 1921 in Bern gegründet worden mit dem Ziel – ganz im Sinne der Kinoreform –, „unsittliche“ Filme zu bekämpfen und „sittlich einwandfreie“ zu fördern (Das Schweizer Schul- und Volksskino 1921). Die Institution betrieb einen Wandervortragsdienst mit portablen Projektoren, produzierte Filme für die Industrie und unterhielt einen ausgedehnten Filmverleih für den Nicht-Kinobereich. Als eine ihrer ersten Aktivitäten führte sie jeweils in den Wintermonaten 1921-1923 Kampagnen im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG) und des Schweizerischen Roten Kreuzes durch. 1930 schliesslich übernahm der SSVK das gesamte Filmarchiv der Zentralstelle für Gesundheitspflege.²¹ Die Verbindung von Thema und Organisation schien im ersten Moment sehr ungewöhnlich: Die Ausrichtung des Unternehmens lag im Bereich der Schul- und Volksbelehrung. Dazu schienen die Aufklärungsfilme, die Sexualität und die damit verbundene Krankheiten thematisierten, nicht zu gehören.

Trotz intensiver Suche gelang es nachfolgend weder den genauen Titel des Films der ersten Kampagne noch eine Kopie desselben ausfindig zu machen. Zu spärlich waren die Informationen, als dass sich in Walther Günther Film-Verzeichnis, das die meisten bis

²⁰ Die Recherchen wurden im Rahmen des Nationalfondsprojektes *Ansichten und Einstellungen: Zur Geschichte des dokumentarischen Films in der Schweiz 1896-1964* durchgeführt, in dem ich mich mit der Geschichte des *Schul- und Lehrfilms* beschäftigte (vgl. Gertiser 2011).

²¹ Im Sitzungsprotokoll, Direktion des SSVK, 12. Juli 1929, steht, dass die Zentralstelle für Gesundheitspflege, nach Mitteilung von deren Präsidenten Wilhelm von Gonzenbach, eventuell bereit wäre, ihren ganzen Betrieb dem SSVK zur Weiterführung zu übergeben. Die Direktion befürwortet die Übernahme, weil die Haupttätigkeit der Zentralstelle in einem Kino-Wandervortragsdienst mit hygienischen Filmen besteht (vgl. Direktion des Schweizer Schul- und Volksskino 1929).

1926 in Deutschland und Österreich produzierten Aufklärungsfilme, die zum Teil auch in der Schweiz gezeigt wurden, enthält, finden liess (vgl. 1927).²² Von sehr grossem Nutzen war *Sex verklärt: der deutsche Aufklärungsfilm* von Rolf Thissen. Als einer der ersten unterbreitet Thissen eine detaillierte Übersicht über die teil- und fiktionalen Produktionen, die er in Vorbereitung für eine Fernsehsendung gesammelt hat (vgl. 1995). Weitere Titel finden sich in den Aufsätzen von Ulf Schmidt (2000) sowie Thierry Lefèbvre (1993 und 2000).²³ Von den rund 20 bekannten Aufklärungsfilmen (1908–1935), konnten 13 in diversen Archiven der Schweiz, Deutschland und Frankreich visioniert und erfasst werden. Sie bilden den Hauptteil des Filmkorpus. Da für die vorliegende Arbeit die Filme medienspezifisch und filmästhetisch, d. h. auf ihre Inhalte, mediale Darstellungen und Interrelationen hin, untersucht werden, ist die Verfügbarkeit der Kopien ein wesentliches Auswahlkriterium. Deshalb beziehe ich mich in erster Linie auf die Filme, die noch erhalten und mir zugänglich sind. Um die erhaltenen Kopien in Bezug auf ihre historische Relevanz zu beurteilen, dienen die Zensurakten, sofern vorhanden, als Beleg für die historischen Fassungen.

Besonderes Augenmerk soll den schweizerischen Beiträgen beziehungsweise den Filmen, an denen Schweizer mitgearbeitet haben, zuteil werden. Dies ist in erster Linie FEIND IM BLUT (1931).²⁴ Die Zürcher Produktionsfirma Praesens hat den Film zusammen mit ihrer deutschen Zweigniederlassung erstellt. Regie führte der Avantgarde-Filmer Walter Ruttmann, bekannt geworden durch seinen Film BERLIN – DIE SINFONIE DER GROSSSTADT (D 1927). Gedreht wurde vorwiegend in Berlin. Durch den Schauplatz Berlin sowie die deutsche Kollaboration sicherte sich die Produktionsfirma einen grösseren Absatzmarkt, um wenigstens die Produktionskosten zu decken. Der zweite Film mit Schweizer Beitrag ist LE BAISER QUI TUE (F 1928) des Genfers Jean Choux, der die Regie führte. Der Film ist mehrheitlich fiktional mit wenigen Lehreinsschüben.²⁵

Als dritter Film erhält die Schweizer Fassung von GEISSEL DER MENSCHHEIT (Erich R. Schwab, D 1926) besondere Beachtung. Der Schweizer Titel lautet DIE BEKÄMPFUNG DER

22 Walther Günther war Herausgeber von *Der Bildwart*, der Zeitschrift der Kinoreform-Bewegung in Deutschland, aber auch der Schweiz.

23 Aus diesen und weiteren Quellen geht hervor, dass in den 1920er Jahre die Produktion von Aufklärungsfilmen unterschiedlichster Themen markant anstieg und die Leute unter permanenter Aufklärung standen, sei es über das ‚richtige‘ Putzen, die Stubenfliege oder den Alkoholmissbrauch. Die Stubenfliege beispielsweise wurde für die Übertragung von Krankheitserregern verantwortlich gemacht, während das ‚richtige‘ Putzen verhindern sollte, dass die Keime in festgetrockneter Spuke wieder aufgewirbelt und dadurch die Luft verunreinigen würden (vgl. Widmer 1991).

24 Wie bereits erwähnt, hat Jeannette Egli die Produktions-, Rezeptions- und Distributionsgeschichte aufgearbeitet (vgl. 1999 und 2001).

25 Die Hauptrolle übernahm der ebenfalls aus Genf stammende Georges Oltramare.

GESCHLECHTSKRANKHEITEN ([Curt Thomalla], D 1926).²⁶ Die Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG) erwarb den Film und liess ihn auf Schweizer Verhältnisse umarbeiten. So schliesst der Film mit einer Mitgliederwerbung. Der Vergleich mit den Zensurkarten der Berliner Film-Prüfstelle vom 10. März 1927 zeigt, dass Original und Schweizer Fassung stimmen zu einem grossen Teil überein.²⁷ Die Zwischentitel wurden mehrheitlich wortwörtlich oder sinngemäss übernommen. Auch blieb die Chronologie der Informationen erhalten, obgleich bei der Umarbeitung signifikante Teile herausgeschnitten wurden: Es fehlen verwandte Krankheiten wie Krätze und Filzlaus sowie der weiche Schanker, womit *GEISSEL DER MENSCHHEIT* beginnt. Stattdessen fokussiert die Schweizer Fassung auf Syphilis und Gonorrhö. Teils wurden explizite Darstellungen physiologischer Prozesse wie das Eindringen der Gonokokken durch den Harnleiter des Mannes entfernt, teils nur summarisch erwähnt. Herausgeschnitten sind auch die Einstellungen, die den Primäraffekt am Penis zeigen.²⁸ Auffallend ist zudem, dass in der deutschen Fassung oftmals von einem möglichen Verlauf der Krankheit die Rede ist, während die Schweizer Fassung dieselben Symptome als unausweichlich darstellt. Weiter fehlen die Hygieneanweisungen aus dem Original, die Möglichkeiten des Einzelnen sich durch richtiges Verhalten zu schützen. Die Zensurakte für *GEISSEL DER MENSCHHEIT* hält fest, dass der Film zur öffentlichen Vorführung auch vor Jugendlichen unter der Bedingung zugelassen wurde, dass er nur bei rein unterrichtlichen und volksbildenden Veranstaltungen, Mädchen und Jungen getrennt, gezeigt und mit einem Vortrag begleitet werde (vgl. B.13273, 14.07.1926).

1.3.1 Historische Relevanz

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf die in Archiven zugänglichen Filmen, denn nur dadurch kann wirklich ermittelt werden, welche Inhalte präsentiert und wie die Bilder semantisch verknüpft sind. Nach über 80 Jahre stellt sich natürlich die Frage, inwiefern die erhaltenen Kopien relevant zur ursprünglichen Fassung sind.

26 Zwei Bemerkungen zum Film. Erstens: Der Titel ist verwirrend, weil er fast gleich lautet wie *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG*, von dem es eine Ausgabe für Männer (*DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE MÄNNER* (F.W. Oetze, D 1924)) und eine für Frauen (*DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE FRAUEN* (Hans Schulze, D 1924)) gab. Beide gelten als verschollen. Immerhin sind die Zensurakten im Bundesarchiv Filmarchiv (BA-FA) in Berlin erhalten, die zur Rekonstruktion des Inhaltes dienen. Zweitens: In der Schweizer Fassung ist Curt Thomalla als Erstautor (neben Nicholas Kaufmann) für das Manuskript und die wissenschaftliche Bearbeitung genannt, weshalb ich diese Fassung unter seinem Namen aufführe.

27 Sofern erhalten, sind die Zensurakten in der Filmographie vermerkt.

28 Noch deutlicher ist diesbezüglich *ANGEBORENE SYPHILIS* (Curt Thomalla, D 1926), in dem der Befall an weiblichen und männlichen Genitalien in den verschiedenen Stadien gezeigt werden. Dies erklärt sich dadurch, dass der Film ausdrücklich für ein Fachpublikum zugelassen war (vgl.). Die drei Filme müssen in einem Zusammenhang gesehen werden, da in allen dreien identisches Filmmaterial verwendet wurde.

Filme zu bearbeiten und für spezifische Aufführungskontexte umzuschneiden war, wie das Beispiel von *GEISSEL DER MENSCHHEIT* und *DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN* zeigt, nicht aussergewöhnlich (vgl. hierzu Zimmermann 2011). Ausserdem wurden die Filme verschiedenen Zensurbehörden vorgelegt, die unterschiedliche Auflagen machen konnten. Deshalb war es schon damals möglich, dass mehrere Fassungen, die grössere oder kleinere Abweichungen gegenüber der ursprünglichen aufwiesen, zirkulierten. Ein Vergleich der deutschen Kopien mit den Zensurkarten der Filmprüfstelle Berlin zeigt indes, dass die mir zur Verfügung stehenden Kopien durchaus historisch relevant sind. Im Bundesarchiv Filmarchiv Berlin ist beispielsweise eine französische Kopie von *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* (Richard Oswald, D 1926) der Cinémathèque Toulouse vorhanden. Verglichen mit der Zwischentitelliste der Zensurakten der Berliner Film-Prüfstelle vom 17. März 1926 weist sie nur wenige Abweichungen auf. Hingegen sind die französischen Zwischentitel kommentierender, während die deutschen nur kurze Inhaltsangaben enthalten. Dies ist besonders bei den Charakterisierungen der Protagonisten der Fall. Weiter fehlt der medizinisch-belehrende Anfang: die Sequenz, die den Arzt Georg Mauthner bei der Behandlung seiner Patienten zeigt. Nur kurz angespielt ist die Blutentnahme für die Wassermann'sche Reaktion, während sie laut Zensurakte im Original detailliert in Einzelschritten vorgeführt war. Durch die Reduzierung wichtiger medizinischer Informationen verschiebt sich der Fokus auf die Beziehung zwischen den Protagonisten. Dies gilt es in der narrativen Analyse zu berücksichtigen. Ansonsten sind die Änderungen gering.

Der Vergleich der Zensurkarten mit den Zwischentiteln des Films zeitigt bei *FALSCHES SCHAM* eine erstaunliche Konvergenz. Es fehlten nur wenige und für den Handlungsverlauf und die inhaltliche Dichte irrelevante Zwischentitel. Sowohl die in den Episoden vorgeführten „individuellen Fälle“ als auch die medizinischen Belehrungen inklusive Patienten, welche verschiedene Krankheitssymptome vorführen, sind enthalten. Bemerkenswert ist einzig, dass die Zwischentitel der Fassung der Cinémathèque Suisse (CSL), wie für die Schweiz üblich, zweisprachig, also deutsch und französisch, sind. Ebenfalls nah am Exposé ist Egli zufolge die erhaltene Kopie von *FEIND IM BLUT*. 1931 gab die Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG) der Zürcher Praesens Film AG den Auftrag, einen neuen Aufklärungsfilm herzustellen. Aus den Vorbesprechungen extrahierte der damalige Präsident der SGBG ein Exposé als Vorlage; darin sind die Hauptfiguren und ihre Geschichten im Wesentlichen skizziert. Während im Exposé die Arbeiterfrau vor der Geburt von der Ansteckung erfährt und sich umbringt, tut sie es im Film erst danach, so dass das Kind gerettet werden kann. Nach Egli erfuhr die Charakterisierung des Studenten die grösste Änderung. In der Skizze betrügt er die Geliebte, während es im Film gerade umgekehrt ist, so dass er in viel positiverem Licht erscheine (vgl. Egli 1999: 78f).

Die Bevorzugung von französischen und deutschen Aufklärungsfilmen erklärt sich durch die kinowirtschaftliche Lage der Schweiz.²⁹ Mit Ausnahme von *FEIND IM BLUT* waren alle in der Schweiz gezeigten Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ausländische Produktionen. Die meisten stammten aufgrund der Sprachzugehörigkeit aus Deutschland oder Frankreich. Am 22. April 1921 ersuchte z. B. Wilhelm Müller, ehemals Chefarzt der staatlichen Lungenanstalt und des Tuberkulosespitals Sternberg, im Namen der Wissenschaftlichen Vereinigung zur Förderung der medizinischen Kinematographie bei der Polizei Basel um eine Bewilligung, um *DAS WESEN UND DIE GEFAHREN DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN* (L. von Zumbusch, D 1920) am 1. Mai vorführen zu dürfen (vgl. W. Müller 1921a). Derselbe Film sei bereits erfolgreich in Zürich gezeigt worden, wo ihn Bruno Bloch, der Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik empfohlen habe (vgl. W. Müller 1921b). Leider ist der Film nicht mehr erhalten. *FALSCHER SCHAM* lief während drei Wochen im Kino Orient in Zürich.³⁰ In der Schweizer Armee wurden sowohl die umgearbeitete Schweizer Fassung als auch das Original *GEISSEL DER MENSCHHEIT* sowie *FALSCHER SCHAM* gezeigt (vgl. Egli 1999: 95). Dass *LE BAISER QUI TUE* (Jean Choux, F 1928) ebenfalls in der Schweiz zu sehen war, kann angenommen werden, da die zur Verfügung stehende Kopie in der CSL archiviert ist. Die zweite im Archiv des Centre national de la cinématographie (CNC) in Bois d'Arcy visionierte Fassung ist weniger vollständig; es fehlen wesentliche Szenen über die Beziehung der Hauptfigur zu seinem Rivalen. Deshalb werde ich in vorliegender Arbeit die CSL-Kopie verwenden.

Zu erwähnen sind zwei weitere Titel, die nicht zum eigentlichen Korpus zählen. *DAMAGED LIVES* von Edgar G. Ulmer (1933) und *MISÈRE HUMAINE* von Jenő Janovics (1920)³¹ sind fiktionale Filme, erzählen das klassische Infektionsdrama, wie es der französische Dramatiker Eugène Brieux in *Les Avariés* (1914) entworfen hat. Sie ähneln in Bezug auf Inhalt, Narration und Gestaltung den bisher genannten fiktionalen Aufklärungsfilmen und bestätigen dadurch die Merkmale, die für die ganze Gruppe charakterisierend sind.

Die zeitliche Eingrenzung von 1915–1935 umfasst eine Periode intensiver Aufklärungstätigkeit. Im Zuge des Ersten Weltkrieges wurden die Geschlechtskrankheiten als zunehmende

29 In der Schweiz war es die Praesens Film AG, die einzelne sozialhygienische Filme produzierte. Nach *MENSCHWERDUNG* (1928) und *HYGIENE DER EHE* (1929) lancierte sie mit *FRAUENNOT – FRAUENGLÜCK* (1929) einen Film über „Schwangerschaftskonflikt und Abtreibung“ (vgl. Keitz 2005b: 298–316). Nach etlichen tödlich verlaufenden Fällen hätten Lazar Wechsler und sein Kameramann Emil Berna ein Projekt für einen „abendfüllenden didaktischen Film“ ausgearbeitet, schreibt Hervé Dumont (vgl. 1987: 118–121). Für die Regie konnte Wechsler den russischen Kameramann Eduard Tissé verpflichten, während Sergej Eisenstein beratend mitwirkte. Keitz schildert diese aussergewöhnliche Zusammenarbeit detailliert (vgl. 2005b: 280–286).

30 Vgl. die verschiedenen Erwähnungen in der *Neuen Zürcher Zeitung* sowie im *Tages-Anzeiger* zwischen dem 9. und 23.10.1926.

31 Es handelt sich um die französische Fassung von Janovics rumänisch-ungarischen Film.

Bedrohung aufgefasst, die nicht nur die Gesundheit der Individuen, sondern nach zeitgenössischer Auffassung ganze Nationen bedrohte. Die ersten bis dato bekannten narrativen Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die noch während des Krieges entstanden, sind *DAMAGED GOODS* (Thomas Rickett, USA 1914) sowie *ES WERDE LICHT!* (1917), die beide als verschollen gelten. Nach dem Krieg wurde die Aufklärungstätigkeit in Deutschland, Frankreich und der Schweiz, auf die ich mich konzentriere, ausgebaut und dafür vermehrt auch Filme eingesetzt. Das Gros der Filmproduktion von Aufklärungsfilmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stammt somit aus den 1920er Jahren. Nur wenige Filme meines Korpus wurden nach 1930 produziert; dies sind *FEIND IM BLUT* (1931) und *DAMAGED LIVES* (Edgar G. Ulmer, USA 1933), ein Remake von *DAMAGED GOODS*. 1933 kamen in Deutschland die Nationalsozialisten an die Macht. Mit der Machtübernahme verschob sich auch der Fokus in der Gesundheitspolitik. Die Geschlechtskrankheiten wurden als Ausdruck einer fehlentwickelten Sexualität angesehen und die medizinische Bekämpfung eingeschränkt. Die Machtergreifung in Deutschland beschäftigte auch die internationale politische Agenda, so dass Syphilis und Gonorrhö für einige Jahre aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit verschwanden – bis sich während des Zweiten Weltkriegs die Problematik aktualisierte. Die Jahreszahlen von 1915 bis 1935 begründen sich somit aus der Zeitspanne intensiver Aufklärungstätigkeit, in der den Filmen eine wichtige Vermittlungsfunktion zukam.

1.3.2 Schwierigkeiten der Einordnung

Den Aufklärungsfilmen haftet ein zweifelhaftes Image an, wie die Definition im *Kleine[n] Filmlexikon* (1946) belegt. Nach der inhaltlichen Aufzählung und dem Hinweis, dass Aufklärungsfilme in „beschränktem Masse in geschlossenem Kreise (z. B. Rekruten)“ durchaus zu bejahen seien, wenn die Aufklärung in sehr ernster, edler Weise geschehe, heisst es:

Als F[ilme] für die grosse Masse, in Kinotheatern gezeigt, durchaus abzulehnen. Die meisten A[ufklärungsfilm]e sind thematisch u[nd] sittlich-weltanschaulich oberflächlich, oft falsch u[nd] wollen nur aus der sexuellen Neugier des Publikums geschäftlich Kapital schlagen. Als A[ufklärungsfilm] gaben sich besonders in der Zeit des Stumm-F[ilm]s viele Werke aus, die unter dem Vorwand, warnend auf Gefahren (z. B. Mädchenhandel) hinzuweisen, mehr oder weniger plump pikante Liebesabenteuer-Geschichten darstellten (ebd.: 24).

Diese zwiespältige Haltung dem Aufklärungsfilm gegenüber wurde schon Anfang 1920er Jahre diskutiert. Zum einen lag es am Thema: Geschlechtskrankheiten, Sexualität und nackte Körper scheinen auch die erotische Fantasie stimuliert zu haben. So konnten Aufklärungsfilme durchaus *missverstanden* werden. Lief ein Aufklärungsfilm im Nachtprogramm, wie Ulf

Schmidt dies über *Hygiene der Ehe* feststellt, so verlieh ihm dies allein schon eine anrühige Note (vgl. 2000: 66). Zum anderen hätten einige Filme die Etikettierung „hygienische Aufklärung“ durchaus missbraucht, um „nackte Frauen und Männer in unzweideutigen Posen zeigen zu können, ohne gleich von den staatlichen Behörden beanstandet oder verboten zu werden“ (ebd.: 65).³²

Diese Art von Aufklärungsfilmen waren ein Phänomen der zensurfreien Zeit zwischen Herbst 1918 und Frühjahr 1920 (vgl. Sturm 2000 wie auch Keitz 2005b). In dieser Periode produzierte die deutsche Filmindustrie zahlreiche Sitten- und Aufklärungsfilme, zeitgenössisch auch als „Sexualfilme“ bezeichnet.³³ Erwähnenswert ist diesbezüglich sicher *ANDERS ALS DIE ANDERN* (D 1919) von Richard Oswald über das Scheitern eines Musikers, seine Homosexualität zu leben. Dafür wurde ihm von der Branche der Vorwurf gemacht, „sollte die Filmzensur wieder eingeführt werden, [so sei] er allein dafür verantwortlich“ (ebd.: 56).

Trotz ihres zweifelhaften Rufs entstand eine Reihe von Aufklärungsfilmen mit Unterstützung von staatlich autorisierten Institutionen. Wie schmal der Grat zwischen ernst gemeinter Aufklärung und Voyeurismus ist, zeigt z.B. *ES WERDE LICHT!* (Richard Oswald, 1917). Der Film begründete zugleich das Genre des Aufklärungsfilms, wie Jürgen Kasten schreibt (vgl. 2005: 84). Richard Oswald habe mit *ES WERDE LICHT!* ein brandaktuelles, aber tabuisiertes Thema aufgegriffen: die Geschlechtskrankheiten. Mit dem Ausbruch des Krieges sei die Zahl der Ansteckungen immens gestiegen, so Kasten weiter, doch bis dahin hätten die trocken deklamierenden Lehrfilme das Publikum nur gelangweilt. Ganz anders der fiktionale Film: Oswald hat den Stoff auf die Beziehungsebene zweier Brüder transferiert.³⁴ Der eine – seriös – ist Arzt, der andere, mit unseriösem Lebenswandel, ist Maler. Während der Arzt sich selbstlos für die Kranken einsetzt, steckt sich sein Bruder bei einem Techtelmechtel mit Syphilis an. Allen Warnungen zum Trotz ehelicht der geschlechtskranke Maler sogar noch die Verlobte des Bruders und infiziert auch sie und ihr gemeinsames Kind (vgl. ebd.: 86). Damit greift Oswald die dramatisierte Form der Familieninfektion auf, wie sie Henrik Ibsen in *Die Gespenster* oder eben Eugène Brieux in *Les Avariés* bearbeitet haben.³⁵ *ES WERDE LICHT!* war ein Publikumserfolg, der die materiellen Erwartungen weit

³² Vgl. zu dieser Problematik vor allem Schweisheimer (1920: 41f; 64-78.); ebenso Moreck (1926: 184-208).

³³ Diese Art Aufklärungsfilme sind jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Wenn ich im Weiteren von Aufklärungsfilmen spreche, so sind ausschliesslich solche zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gemeint.

³⁴ Vgl. Zensurakte, Prüfungsnummer 1538 der Film-Oberprüfstelle Berlin (Bundesarchiv, Filmarchiv, Berlin). Das dramatische Konzept entwickelte Oswald zusammen mit dem Schauspieler und späteren Autor Lupu Pick (vgl. Kasten 2005: 84). Der Film selbst gilt als verschollen.

³⁵ Als Motiv für die Stoffwahl gibt Kasten auch persönliche Gründe Oswalds an. So war Oswalds Mutter an Syphilis erkrankt, und er glaubte sich hereditär syphilitisch wie der Sohn Oswald in Ibsens Stück. Die Parallelen zu dieser Figur veranlassten den Regisseur, der mit gebürtigem Namen Richard Ornstein hiess, sich in Richard Oswald umzubenennen (vgl. Kasten/Loacker 2005: 504).

übertraf. Viel zentraler noch: Er war auch ein Aufklärungserfolg, indem sich die Behandlungsstätten für Geschlechtskrankheiten unmittelbar nach den Vorstellung füllten, wie der Arzt Waldemar Schweisheimer berichtet (vgl. 1920: 67). Alfred Blaschko, Dermatologe und damaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), wirkte als Berater des ersten Teils mit. Trotz des Erfolgs distanzierte sich die DGBG von der weiteren Zusammenarbeit, und Oswald realisierte die Teile zwei und drei mit den Sexualmediziner Iwan Bloch und Magnus Hirschfeld. Was nach ihm viele Nachahmer fand, führte Oswald selbst vor: Er suchte das im Stoff steckende wirtschaftliche Potential zu nutzen, indem er die Geschichte als Familiensaga weiterentwickelte und die folgenden Teile für ein Massenpublikum produzierte (vgl. Kasten 2005: 87-97).

Genau das Gegenteil eines aufklärerischen Sensationsfilms ist hingegen der Aufklärungs-Lehrfilm, wie er von den Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gefördert wurde. Paradebeispiel dafür ist der bereits erwähnte *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* (Nicholas Kaufmann, D 1919). Der Film geht aus der medizinischen Forschung und Ausbildung hervor. Zusammen mit *ES WERDE LICHT!* markiert er die Darstellungsbreite des Filmkorpus. 1918 wurde in der neu gegründeten deutschen Universum Film AG (Ufa) ein medizinisches Archiv eingerichtet mit der Aufgabe, eine Sammlung medizinischer Filme aufzubauen. Der Arzt Curt Thomalla wurde mit der Leitung betraut. Die Filme dienten in erster Linie der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Die kostenintensiven Produktionen und teuren Erwerbungen brachten die Abteilung bald in finanzielle Schwierigkeiten. Aus dieser Situation heraus, habe er, so berichtet Thomalla (1925), die Idee gehabt, das Filmmaterial, das vorwiegend aus der medizinischen Forschung stammte, für einen populären Lehrfilm zu verwenden. Im Gegensatz zu *SPIROCHAETA PALLIDA* (Jean Commandon, F 1910), der gänzlich aus Mikroaufnahmen der spiralförmigen Syphilis-Erreger besteht, setzten Kaufmann und Thomalla den Film so zusammen, dass er wie ein Lehrvortrag funktioniert. Schritt für Schritt werden die Krankheitserreger im Bild vorgeführt (Mikroaufnahmen), verschiedene Ausformungen der Krankheit an Patienten gezeigt (Augentripper, Stadien eins bis drei der Syphilis) sowie Verhaltensmassnahmen (Hygiene), Arztkonsultation und Therapiemethoden vorgestellt. Das Eindringen der Bakterien über die Haut und die Ausbreitung im Körper via Blutbahnen ist in animierten Zeichnungen erklärt. In *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* mischen sich Forschungsfilm, wissenschaftliches Instrumentarium wie Mikrokinematographie, Trick und Zeitraffer oder Zeitlupe mit nachgestellten Szenen in der Praxis. Diese Vermischung der Darstellungs- und Vermittlungsmodi ist fortan typisch für diese Art von Aufklärungsfilmen.

Die beiden Beispiele markieren die Breite der Gestaltungsskala, die vom dokumentarischen Lehrfilm bis zum reinen Spielfilm reicht. Die Verknüpfung von medizinisch-wissenschaftlichem Sachverhalt mit dem Leiden einzelner Figuren, an dem die Zuschauer

emotional teilhaben sollen, konnotiert die Krankheitsmerkmale jenseits der Wissenschaft. Zum einen fungieren *Facts and Fiction* als Appell- und Persuasionsstrategien, zum anderen ist die daraus resultierende Vermengung von Stilen und Modi charakteristisch für die Art von Aufklärungsfilmen, was die hybride Form induziert. Im Folgenden soll geklärt werden, wie die unterschiedlichen Darstellungsformen sich unter dem Begriff des Aufklärungsfilms zusammenfassen lassen.

1.3.3 Grenzen einer Klassifikation

Gerade die Variationsbreite erschwert die eindeutige Zuordnung der verschiedenen Aufklärungsfilme. So enthalten einige Filme Passagen der Wissensvermittlung, in denen die Ansteckung und Krankheitssymptome schrittweise, animiert mit Trick, vorgeführt werden wie in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* oder in *FALSCHER SCHAM*; in anderen sind es Ärzte, die, narrativ motiviert, ihre Medizinstudenten, Söhne oder Patienten in väterlicher Weise aufklären wie in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* (Jean Benoit-Lévy/Marie Epstein, F 1929) oder in *DAMAGED LIVES* und nochmals in *FALSCHER SCHAM*. Während die Lehrfilme auf die Darstellung der Symptome und auf die Pathogenese der Geschlechtskrankheiten fokussieren und diese trocken vorführen, stehen in den fiktionalen oder teilfiktionalen Aufklärungsfilmen die Figuren, deren Verführtwerden sowie ihre psychischen und physischen Leiden im Vordergrund. In *LE BAISER QUI TUE*, *FEIND IM BLUT* etwa oder *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* durchleben die Protagonisten soziales Unglück und körperlichen Zerfall. Dahingegen präsentieren in den medizinisch-pädagogischen Titeln geschlechtskranke Patienten ihre Krankheitsmerkmale, ohne dass Näheres über ihr persönliches Schicksal zu erfahren ist.

Wie lässt sich diese grosse Varietät an Gestaltungsmitteln und narrativen Elementen zu einer Gruppe zusammenfassen? Gibt es überhaupt Klassifikationsmerkmale, die auf alle Aufklärungsfilme, die historisch so aufgefasst wurden, zutreffen? Walther Günther jedenfalls listet die verschiedenen, bis März 1926 produzierten Aufklärungsfilme, in seinem *Verzeichnis Deutscher Filme* gemeinsam unter „Volkswohlfahrt“, genauer unter „Volksgeundheit und Volksgesundheitsfürsorge“ auf. Dies sind *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN* (Hermann Fritz Bönisch, A 1922), *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE FRAUEN* und *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE MÄNNER*, *FALSCHER SCHAM*, *DAS WESEN UND DIE GEFAHREN DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN* sowie *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* (Günther 1927: 127-128). Sein Klassifikationsmerkmal orientiert sich an der Adressierung und dem Zweck. Mit Ausnahme von *FALSCHER SCHAM*, ein semifiktionaler Aufklärungsfilm, der sowohl Spiel- wie auch Lehrfilm-Episoden enthält, handelt es sich bei den anderen Titeln um medizinische

Volkslehrfilme im Stil von *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*. In Günthers Liste fehlt *ES WERDE LICHT!*, ein fiktionaler Spielfilm, dessen Wirkung auf die Zuschauer Schweisheimer zufolge aber diejenige der medizinischen Lehrfilme weit übertraf (vgl. 1920: 67). Das heisst, auch Oswalds Film ist der pädagogische Zweck inhärent. Zudem wirkte die DGBG bei der Produktion beratend mit; dennoch fiel er aus dem Raster von Günther heraus.

Nach Knut Hickthier definiert sich die Gattungszugehörigkeit durch den „darstellenden Modus (z. B. Spiel-, Dokumentarfilm)“ und die „Verwendung (z. B. Werbe-, Lehr-, Experimentalfilm)“ (2003: 63). Beide Merkmale treffen zu – aber nicht gemeinsam auf alle Aufklärungstitel. So zählen einige klar zu den Lehrfilmen, während andere darstellerisch eindeutig zu den Spielfilmen gehören und nochmals andere zu den Erziehungsfilmen.³⁶ Mit Carl Plantingas Unterscheidung in fiktionale und dokumentarische Filme kann ein grosser Teil des Filmkorporus einer der zwei Gruppen zugeteilt werden. Für ihn unterscheiden sich die beiden Gattungen durch die Haltung des Films gegenüber der dargestellten Welt (vgl. Plantinga 1987: 49). Im Spielfilm ist dies eine „fiktive“ Haltung, die Handlung *könnte* sich so zugetragen haben. Die Aussagen, die der Film macht, haben zwar einen Bezug zur Problematik der realen Welt, jedoch in einem generellen Sinn. Dies gilt sicherlich für *ES WERDE LICHT!* Dagegen ist im Dokumentarfilm die Haltung zur Welt eine „assertorische“. Damit meint er, dass sich das gezeigte Geschehen so zugetragen hat und dass die Personen ‚realen‘ Persönlichkeiten entsprechen, wie dies *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* geltend macht. Doch bei *FALSCHER SCHAM* ist die Abgrenzung nicht eindeutig. Der Film ist in vier Episoden gegliedert, in dreien spielt ein Sanitätsrat die Hauptrolle, der Patienten einerseits über die Geschlechtskrankheiten aufklärt und andererseits ihren Genesungsprozess anleitet. Dazu führt er den Figuren ‚reale‘ Patienten vor. Obwohl Charaktere wie Handlung rein fiktiv sind, ist die Haltung der gezeigten Spitalwelt gegenüber assertorisch. Plantingas Unterscheidung liefert also kein verbindendes Merkmal.

Und auf narrativer Ebene? Nach Hickethier sind Genres durch „inhaltlich-strukturelle Bestimmung gekennzeichnet“, und es sind Verständigungsbegriffe, die der Klassifikation dienen, um über verschiedene Filme kommunizieren zu können. „Genres stehen für Organisation von Wissen über die filmische Gestaltung und regulieren die Produktion von Filmen“ (Hickethier 2003: 63). Unterschiedliche Titel nach gemeinsamen Kriterien zu ordnen, wurzelt in der seriellen Produktionsweise der 1900er und 1910er Jahre. Danach begannen Produzenten Filme mit ähnlichen Erzählmustern zu Genres zu gruppieren, um

³⁶ Der Zürcher Lehrfilmpionier Ernst Rüst entwickelte ein Differenzierungssystem, in das er die verschiedenen Gattungen entsprechend ihrer Funktion und Gestaltung einteilte. Aufgrund dessen platzierte er den Erziehungsfilm unmittelbar neben den Spielfilm, während der didaktische Lehrfilm eher beim Forschungsfilm anzusiedeln ist. Den Kulturfilm zählte er zur unterhaltsamen Belehrung (vgl. Rüst 1938: Blatt 10).

zugleich die Zuschauererwartung und damit die Lektüre zu lenken. Das Hervortreten eines Genres bindet sich Hickethier zufolge in der Regel an einen besonders erfolgreichen und herausgestellten Einzelfall, dem eine paradigmatische Funktion zukommt. Im Zuge der Stabilisierung werden dessen Formen und Strukturen wieder aufgegriffen und variiert, „so dass ein Ensemble von Varianten entsteht, deren einzelne Beispiele zusammen das Genre vertreten“ (Hickethier 2003: 70). Jörg Schweinitz argumentiert ähnlich, hält jedoch fest, dass die Stereotypenbildung invarianter Muster, die sich durch Wiederholungen gleicher oder ähnlicher Figurenkonstellationen, narrativer oder ästhetischer Elemente konstituieren, zugleich begleitet ist durch Variationen und Abweichungen etablierter Standards. Innerhalb eines Genres bestehe durchaus der Eindruck, dass man es stets mit denselben Konflikten, Motiven und Erzählmustern zu tun habe, mit „einer Variation des Immergleichen“ (Schweinitz 1994: 107). Doch die empirische Verifizierung widerlege diesen Eindruck, so dass sich am Ende keine narrativen, strukturellen Merkmale eruieren lassen, die nur auf ein Genre zutreffen.

Er schreibt in Anlehnung an Lakoff, dass eine Gruppe von Filmen vielmehr durch Konventionen, gruppiert um einen „zentralen Fall“, zusammengehalten werden denn durch Regeln (ebd.: 111). Wenn wir z. B. an einen Western denken, so assoziieren wir einen oder zwei Prototypen, die unsere Vorstellung von einem Western und mithin unsere Erwartungen dominieren.

Ein Filmgenre muss aus dieser Perspektive keine logisch einwandfrei konstituierbare Klasse von Filmen sein, sondern vielmehr geht es darum, dass ein Komplex von Filmen tatsächlich durch ein (vor dem Hintergrund praktischer kulturindustrieller und sozialpsychologischer Zusammenhänge zu sehendes) *filmkulturell verankertes Genrebewusstsein* zusammengehalten wird [Hervorhebung i. O.] (ebd.: 113).

Das scheint auch für den Aufklärungsfilm zu gelten. Aufgrund der programmatischen Kommentare der Reformer sowie der Einschätzung der zeitgenössischen Filmkritik kann davon ausgegangen werden, dass auch die ‚gewöhnlichen‘ Leute wussten, ob sie in einen Film über Geschlechtskrankheiten oder einen Streifen mit ‚freizügigen‘ Szenen anschauen gingen. Damit ist die Frage nach dem verbindenden Element noch nicht geklärt. Schweinitz erwähnt Rick Altmans Untersuchung zum Hollywood-Musical, der in seiner Analyse den Genrebegriff so weit fasse, dass selbst Filme jenseits des üblichen Genrerahmens hineinpassten. Altmans Vorgehen stütze sich nicht auf metadiskursive Indizien, so Schweinitz, sondern auf das „tautologische“ Merkmal: „Filme, in denen diegetische Musik eine zentrale, die Spezifik der Narration prägende Rolle spielt“ (ebd.: 115). Dieser Satz lässt sich auf den Aufklärungsfilm übertragen, so dass sich aus der Vielfalt ein konstituierendes Element ableitet. *Aufklärungsfilme sind solche, in denen eine bestimmte Krankheit – z.B. Syphilis –*

eine zentrale, die Spezifik der Narration prägende Rolle spielt. Mit dieser ‚Formel‘ lassen sich die einzelnen Filme zuordnen und zugleich die Aufklärungsfilme gegen die „aufklärerischen Sensationsfilme“ abgrenzen, in denen die Thematik nur Anlass war, um nackte Körper zu zeigen (vgl. Schmidt 2000: 65).

Roger Odin schlägt ein weiteres Unterscheidungskriterium vor: die Lektüre. Unterscheidend ist, welches „Bild [...] sich der Leser vom Enunziator macht“ (1990: 126, Herv. i. O.). Dabei unterteilt er in eine „dokumentarisierende Lektüre“ und eine „fiktivisierende“ je nachdem, ob die Zuschauer ein „reales Ursprungs-Ich“ oder ein „fiktives Ursprungs-Ich“ konstruieren (ebd.: 127). Nach Odin beschränkt sich die fiktivisierende bzw. die dokumentarische Lektüre nicht auf Dokumentar- oder Spielfilme. Sie ist unabhängig vom Genre, so kann der Zuschauer auch in einem Spielfilm unvermittelt in die dokumentarische Lektüre wechseln und wieder zurück. Er kann somit in jedem Moment während des Filmschauens umschalten, und es kann die unterschiedlichsten Ebenen, Elemente und auch nur Fragmente betreffen. Darüber hinaus hängt es vom Zuschauer ab, wen er als Enunziator ansieht, sei es der Regisseur, sei es der Kameramann oder eine Institution. Auch kann er sich der vom Film vorgegebenen Lektürewise verweigern (vgl. ebd.: 129-135).

Dennoch gibt es Filme, die implizit oder explizit einen bestimmten Lektüremodus diktieren, dem sich die Rezipienten nicht so einfach entziehen können. Diese Eigenheit kennzeichnet die hier untersuchten Aufklärungsfilme, seien es die medizinischen Lehr-, die Spiel- oder die Erziehungsfilme. Odin fasst solche Filme unter dem Begriff des „Ensemble“ zusammen, wenn deren „Struktur explizit (auf die eine oder andere Weise) die Anweisung zur Durchführung“ einer der beiden „Lektüre integriert“; d.h. eine bestimmter Lektüremodus „programmiert“ ist (ebd.: 135). Die Programmierung ihrerseits basiert auf einem Set „spezifischer stilistischer Figuren“, die sich verketteten und Strukturen bilden. Weiter unterscheiden sich innerhalb des Ensembles wiederum stilistische Systeme, die sich als Subensembles definieren lassen.

Aus dieser Diskussion lassen sich zwei verbindende Elemente eruieren, die den Aufklärungsfilmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gemein ist: das Krankheitsbild der Geschlechtskrankheit, das „eine zentrale, die Spezifik der Narration prägende Rolle“ spielt sowie die inhärente Programmierung eines bestimmten Lektüremodus. Filme mit diesen beiden Merkmalen lassen sich als Subensemble im Sinne von Rodin zusammenfassen. Für die Darstellung der zu untersuchenden Aspekte genügt diese Strukturierung jedoch nicht. Deshalb werde ich weiterhin an der gattungsspezifischen Unterteilung festhalten und die Filme wie folgt einteilen: Zu den dokumentarischen oder ‚reinen‘ Lehrfilmen zählen: DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN, ANGEBORENE SYPHILIS, GEISSEL DER MENSCHHEIT und entsprechend DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

Bei ihnen liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung medizinischen Wissens. Zu den teil-fiktionalen Filmen gehören *FALSCHER SCHAM*, *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*, *FEIND IM BLUT*, da in ihnen der Lehranteil und das verwendete didaktische Instrumentarium einen massgeblichen Anteil an der fiktionalen Geschichte hat. Dagegen überwiegen in *LE BAISER QUI TUE*, *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* beziehungsweise sein Vorgänger *ES WERDE LICHT!* sowie *DAMAGED LIVES* die fiktionalen Elemente und die Belehrung ist auf ein Minimum reduziert. Ausserhalb der Aufklärungs-Lehrfilme steht *SPIROCHAETA PALLIDA*, der reine Forschungsfilm bestehend aus lauter Mikroskopaufnahmen des Syphilis-Erregers. Ebenfalls ein spezieller Fall ist der Zeichentrickfilm *ON DOIT LE DIRE*, der auch aus fiktionaler Geschichte unterlegt mit medizinischen Leherisoden besteht, dennoch eine Ausnahme bildet.

2 Kontextualisierung

Bevor ich auf die Aufklärungsfilme im Speziellen eingehe, soll der historische Kontext ausgebreitet werden, in dem sie zum Einsatz kamen. Die Aufklärungsfilme waren Teil einer längeren Auseinandersetzung beziehungsweise eines breiten Massnahmenkatalogs zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten. Sie dienten einerseits dazu, die Zuschauer über Krankheitsverlauf und Ansteckungsgefahren zu informieren, andererseits lieferten sie Vorbilder, wie sich das Publikum normkonform verhalten sollte. Die Filme in ihrem historischen Kontext zu verstehen, bedeutet, sie aus einer „pragmatischen“ Perspektive zu betrachten. Die „historische Pragmatik“, wie sie Frank Kessler vertritt, stellt die Filmaufführung ins Zentrum und fragt wie sie in unterschiedlichen Aufführungskontexten funktionieren. Sie ist kein theoretische Modell, sondern die Perspektive, die eingenommen wird, um „Filme innerhalb ihrer historischen institutionellen Rahmen zu betrachten und die jeweilige kommunikative Intentionalität zu rekonstruieren“ (Kessler 2002: 111). Deshalb ist es unerlässlich, die Filme inhaltlich und argumentativ besser einordnen zu können, sowohl die historische Situation sowie die Debatten über die zu ergreifenden Massnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor, während und nach dem Ersten Weltkrieg zu erhellen. Ebenso sind die Auseinandersetzungen um den „Schundfilm“ als auch um den Film als Belehrungsmedium in die Struktur des Aufklärungsfilms eingeschrieben, weshalb auch dies zur Sprache kommt.

Der Film als Propagandamittel ist ein Produkt des Ersten Weltkriegs, indem einzelne Filmemacher ihre Berichterstattung über die Lage an der Front zu dramatisieren begannen, was beim Publikum gut ankam (vgl. Loiperdinger 2001). Deshalb suchte man nach dem Krieg in verschiedenen Ländern den Film für die Volksbelehrung nutzbar machen. Kein anderes Medium vermöge die Massen derart zu erreichen, war man überzeugt (vgl. Taillibert 1999: 11-28). Diese Eigenschaft prädestinierte den Film geradezu für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Er fügte sich in das Aufklärungsdispositiv und ergänzte die Massnahmen und Mittel, die schon vor dem Ersten Weltkrieg eingesetzt worden waren.

Die Syphilis und Gonorrhö verstand man seit Mitte des 19. Jahrhunderts als länderübergreifendes Problem, weshalb der informative Austausch auf internationaler Ebene intensiviert wurde. In Brüssel etwa debattierten 1899 und 1902 Dermatologen und Vertreter

von Hygieneorganisationen über Ursachen, Therapien und Prophylaxe zur Eindämmung der Krankheiten. Man suchte von den Erfahrungen und Erkenntnissen der Nachbarn zu profitieren. Dies legt es nahe, die Aufklärungsarbeit im europäischen Kontext zu betrachten. Insbesondere die Schweiz orientierte sich an Deutschland und übernahm zum Teil seine Aufklärungskampagnen. So zirkulierten hierzulande vorwiegend deutsche Aufklärungsfilme, und der Dresdener Dermatologe Eugen Galewski konzipierte zusammen mit der Basler Sektion der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG) die Ausstellung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1921 in Basel. Die Ausstellung basierte auf dem Konzept, das Galewski für die Präsentation der Geschlechtskrankheiten innerhalb der Hygiene-Ausstellung von 1911 in Dresden erarbeitet hatte.

2.1 Debatte über die Geschlechtskrankheiten vor dem Ersten Weltkrieg

Dominique Puenzieux und Katrin Ruckstuhl beschreiben in ihrer Dissertation die sozialen Umstände und politischen Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Zürich von 1870 bis 1920 (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 27). Sie skizzieren das geistig-moralische Umfeld, in dem die verschiedenen Meinungen (insbesondere die Prostitution wird als Quelle der Geschlechtskrankheiten gesehen) und Haltungen begründet sind. Im Weiteren zeigen sie Verschiebungen der Argumente und Positionen vor dem Hintergrund wachsender Skepsis bezüglich der propagierten Massnahmen auf (trotz Reglementierung bleiben die Ansteckungszahlen gleich). Auf ihre Arbeit werde ich mich bei der kontextuellen Situierung im Wesentlichen beziehen.

Ausgangspunkt ihrer Darstellung ist der „medizinisch-internationale Kongress“ 1867 in Paris. An diesem Treffen wurden konkrete Massnahmen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten von verschiedenen Fachpersonen erörtert und Empfehlungen abgegeben. Ziel sei es gewesen, der „Ausrottung der Geschlechtskrankheiten“ näherzukommen“, und es sollten für alle Länder verbindliche und allgemein als notwendig erachtete Massnahmen und Regeln erarbeitet werden (ebd.: 34). Den vorgeschlagenen Massnahmen lag die Überzeugung zugrunde, dass „Krankheit und Gesundheit beeinflussbare Grössen“ sind und mit gezielter Prophylaxe die venerischen Krankheiten zum Verschwinden gebracht werden können (ebd.: 33). Basierend auf Philippe Ricords Untersuchung, wonach die Geschlechtskrankheiten mehrheitlich durch den Geschlechtsverkehr von Mensch zu Mensch übertragen werden, suchte man diese Kette der Übertragung zu unterbrechen. Dabei betrachtete man

den Einzelnen, die Einzelne als potentiellen Krankheitsträger. Im Zentrum der Prophylaxe-Massnahmen stand somit die Eindämmung des ausserhehlichen Sexualverkehrs und die Überwachung der Prostituierten, die als die eigentlichen Überträgerinnen der Infektion angesehen wurden. Die Lösung des Problems lag also „im ‚Unschädlichmachen‘ der Prostitution respektive der Hygienisierung“ (ebd.: 36).

Daher konzentrierten sich die Lösungsvorschläge in dieser Phase der Bekämpfung auf die Prostituierten. Am Kongress wurde eine Kommission mit der Erarbeitung von möglichen Massnahmen beauftragt. In ihrem abschliessenden Bericht führte sie drei Modelle auf, wie sich der Staat verhalten konnte: Das erste verbot die Prostitution gänzlich. Die Befürworter des Modells gingen davon aus, dass mit den Prostituierten zugleich die Geschlechtskrankheiten verschwinden würden. Nachteil des Verbots aber war, dass damit die Prostitution nicht ausgeschaltet, sondern ‚in die Hinterzimmer‘ gedrängt wurde. Ausserdem war mit der Aufhebung der Bordelle keine ärztliche Kontrolle mehr möglich und damit auch keine Behandlung kranker Dirnen. Für diese Lösung entschieden sich Spanien, Preussen, Italien und Bayern. Das zweite Modell sah keine Einschränkung der Prostitution vor, womit der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten freien Lauf gelassen wurde. Vor allem in England wurde dies so gehandhabt. Die Reglementierung, die „in Frankreich seit mehr als 40 Jahren bestand und später auch in einigen Städten Belgiens, Norwegens, Dänemarks und der Schweiz (Genf) Nachahmung“ fand, wurde als das dritte und vorteilhafteste Modell angesehen (ebd.: 41–42).

Bei diesem Vorgehen wurden die Prostituierten behördlich registriert, um ihren Gesundheitszustand regelmässig kontrollieren zu können. Nach A.J.B. Parent-Duchâlet eigneten sich drei Orte dafür: das Bordell, das Dispensaire (Poliklinik) und das Dépôt (eine Art Untersuchungsgefängnis).¹ Im Bordell war ein spezieller Raum dafür vorgesehen. Im Dispensaire sollten sich diejenigen Dirnen freiwillig melden, die nicht in einem Bordell arbeiteten. Dagegen wurden all jene Frauen, die sich geweigert hatten, sich einer Arztkonsultation zu unterziehen, und bei denen der Verdacht bestand, dass sie geschlechtskrank waren, ins Dépôt überführt und hier zwangsbehandelt. Immer wieder gab es Prostituierte, die sich nicht registrieren liessen. Sie waren ein besonderer Dorn im Auge der Ärzteschaft. Ihre Verfolgung wurde damit legitimiert, dass sie die Krankheit unkontrolliert weitergeben konnten und daher die grösste Gefahr darstellten (vgl. ebd.: 37–40). Mit diesem Prophylaxekonzept hoffte die dafür zuständige Kommission des Kongresses, die Regierungen zu überzeugen und mit der Internationalisierung die Wirksamkeit der Massnahmen zu erhöhen.

1 A.J.B. Parent-Duchâlet hatte über Jahre die ärztlichen Untersuchungen mitverfolgt und seine Schilderungen der Pariser Verhältnisse in seinem Buch *De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration* festgehalten (vgl. Parent-Duchâlet zit. in Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 45).

Kontrolliert wurden vor allem Unterschichtsfrauen. Im Laufe des 19. Jahrhunderts zogen im Zuge der Industrialisierung immer mehr Menschen vom Land in die Stadt. Innerhalb weniger Jahre verdoppelten sich in einzelnen Städten die Einwohnerzahlen. Familien mit mehreren Kinder wohnten auf engstem Raum. Nicht selten wurde das einzige Bett aus finanziellen Gründen tagsüber untervermietet. Diejenigen, die unter den misslichsten Zuständen hausten, waren auch am häufigsten krank, schildert Genéviève Heller die prekären Wohnverhältnisse in Lausanne um die Jahrhundertwende (vgl. 1979: 20). Mangelnde hygienische Einrichtungen und fehlende bauliche Standards, schlechte Ernährung und lange Arbeitszeiten taten ein Übriges, dass sich in den armen Vierteln einer Stadt Krankheiten leicht ausbreiten konnten. Nach Ansicht gutbürgerlicher Kreise war, wer in diesem Milieu wohnte, zugleich schmutzig und krankheitsanfällig. Der Logik dieser Argumentation folgend setzten sie die äusseren Zustände mit der sittlich-sozialen Werthaltung der Bewohner gleich. Für sie waren die engen Wohnverhältnisse unmoralisch und führten zu Alkoholmissbrauch und Geschlechtskrankheiten (vgl. auch: Lindner/Sauerteig 2002). In dieses Bild passte, dass die jungen Frauen aufgrund der Ausbildung und Arbeitsmöglichkeiten kaum eine Berufsauswahl hatten und sich, wenn sie nicht in der Fabrik arbeiteten, als Kellnerin, Verkäuferin oder Dienstboten verdingten. In diesen Anstellungen waren sie aber der Willkür ihrer ‚Herrschaften‘ ausgeliefert und nicht wenige waren gezwungen, ihren zu kleinen Lohn mit Liebesdiensten aufzubessern (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 177; Flesch 1898: 48 und 54). Ihnen wurde unterstellt, sich heimlich zu prostituieren.

2.1.1 Verfolgung der Prostitution

Statistiken waren ein beliebtes Mittel zur Eruierung der gesundheitlichen Lage. In ihrem Artikel „Zur Kenntnis und zur Behandlung der Prostitution ausgehend von der Prostitution in der Stadt Zürich“ differenzieren Hermann Müller und Emil Zürcher (1912/13) die Krankenzahlen nach Berufsgattung, Ortszugehörigkeit oder Nationalität der Dirnen. Nach ihrer Auswertung der Statistik der Stadtpolizei Zürich (1904-1910) entfallen rund die Hälfte aller Syphilisfälle auf Dienstmädchen und Kellnerinnen, während der Anteil der anderen Berufe jeweils unter 10 Prozent bleibt (vgl. ebd.: 204). Auffallend ist, dass die Dirnen ‚lediglich‘ 7.9 Prozent der Krankheitsfälle ausmachen, gefolgt von den Schneiderinnen und Fabrikarbeiterinnen. Dies stellen auch die beiden Autoren fest: „Die Dirnen unserer Statistik zeigen relativ wenig Syphilisfälle; sie stehen meist jenseits des 26. Jahres“ (ebd.: 235).² Zudem räumen sie ein, dass viele der berufstätigen Frauen allen voran Schneide-

² Damit gehören sie nicht in die Alterskategorie, die als am gefährlichsten eingestuft wurde. Die grösste Gefahr gehe von den Minderjährigen aus, bei denen die schwersten Formen der Krankheit anzutreffen seien (vgl. H. Müller/Zürcher 1912/13: 269).

rinnen und Putzmacherinnen sich aufgrund ihres schlechten Lohnes, langen Arbeitszeiten und ungenügenden Wohnverhältnissen prostituierten (vgl. ebd.: 204). Trotz dieser Fakten konzentrieren sich die gesundheitspolizeilichen Massnahmen auf die Eindämmung der Prostitution.

Die Prostituierten waren Ausdruck der sozialen Unordnung und damit einhergehend mit der Verwilderung der Sitten. Puenzieux und Ruckstuhl schreiben: „Da im Verständnis der Sittlichkeitsvereine eine sexuelle Gefahr gleichbedeutend mit abweichendem sexuellem Verhalten war, ging es primär um die Einforderung der Norm: Sexualität nur in der Ehe respektive Sexualabstinenz ausserhalb der Ehe“ (1994: 133). Die Argumentation sei dem Grundsatz gefolgt, so schreiben die beiden weiter, dass ein sittliches Leben auch ein hygienisches sei und dass eine sittliche Lebensweise Geschlechtskrankheiten per se ausschloss. Zur Forderung nach sittlichem Verhalten gehörte, dass sich die Menschen von Versuchungen fernhielten. Deshalb sollten bestimmte Orte oder Menschen wie Prostituierte gemieden werden. Zudem verlangte man von ihnen, auf Alkohol, erotische Literatur und Kinobesuch zu verzichten. Der Einzelne musste mithin einem ganzen Katalog von Ratschlägen folgen, um sittlich korrekt und sozial verantwortungsvoll zu handeln (vgl. Touton 1908 oder Wyss 1901).

Während sich die Frauen einer restriktiven Überwachung ausgesetzt sahen und bei Verweigerung der ärztlichen Anordnung mit Gefängnis bestraft wurden, wurden die Freier nicht belangt. Obwohl sie ebenfalls mit Syphilis oder Gonorrhö infiziert sein und die Krankheit an ihre Sexualpartnerinnen weitergeben konnten, waren nur die Frauen von der Reglementierung betroffen. Die propagierten Massnahmen würden in erster Linie zum Schutz der Gesundheit der Männer dienen (vgl. Flesch 1913): Diesen Vorwurf erhoben konservative Kreise sowie Frauenrechtlerinnen, die in der Reglementierung ein Mittel sahen, die Prostitution zu legitimieren. Zudem sei sie keine wirksame Methode zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten, hiess es (vgl. Weindling 1989b: 48).

In der Schweiz, insbesondere in Zürich, wehrten sich vor allem die Sittlichkeitsvereine und die ihnen angeschlossenen bürgerlichen Frauen gegen die Reglementierung und verlangten ein Verbot der Prostitution. Sie führten sittlich-moralische Argumente ins Feld und propagierten sexuelle Enthaltsamkeit als effektive Remedur gegen die Geschlechtskrankheiten. Die vorgeschlagene Verhaltensweise entsprach der bürgerlichen Sexualmoral. Dem „Triebbeherrschungsmodell“ zufolge diene die Sexualität einzig der Reproduktion (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 27). Die Geschlechtskrankheiten bedeuteten nach diesem Modell ein Verfehlen des Erkrankten und die Krankheit selber eine Strafe Gottes (vgl. Boos-Jegher 1913: 64; Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 65-67). In Zürich setzte sich ihre Sichtweise durch. Hatte sich Stadtrat Vogelsanger anfänglich noch für eine Registrierung ausgesprochen, wur-

de er im Laufe der folgenden Auseinandersetzung überstimmt. „Am 4. September 1894 beschloss der Stadtrat von Grosszürich, die Reglementierung weder der Bordelle noch der Einzelprostitution in der Stadt einzuführen, sondern jegliche Form der Prostitution durch die Polizeiorgane zu unterdrücken“ (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 74) Mit diesem Beschluss sei der Stadtrat der Position der Ärzte und Sittlichkeitsvereine, namentlich der Vereinsfrauen, gefolgt.

Die Sittlichkeitsvereine trugen die Thematik in die Öffentlichkeit und lancierten 1895 eine Sittlichkeitsinitiative. Mit der Initiative wollten sie nicht nur „die Duldung von Bordellen definitiv verunmöglichen“, sondern mit weiteren Straftatbeständen die Ehe, Familie und die öffentliche Ordnung besser schützen, wie Puenzieux und Ruckstuhl schreiben (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 76). Die veränderten gesellschaftliche Situation verlangte nach gesetzlicher Anpassung. Mithilfe der Initiative sollten die „unhaltbaren unsittlichen und unmoralischen“ Zustände korrigiert werden, indem sich das Individuum unter die bürgerlichen Normen und Werte unterwerfe. Die meisten Tageszeitungen seien auf die Vorlage eingegangen und hätten erstmals längere Artikel zu Prostitution und Geschlechtskrankheiten veröffentlicht (ebd.: 82). Der Abstimmungskampf hatte die Diskussion öffentlich gemacht, und mittels Inseraten, Broschüren und Flugschriften warben sowohl Initianten wie Gegner um Stimmen. Während Erstere das künftige Wohlergehen der Gesellschaft durch die Prostitution in Gefahr wähten, betrachteten Letztere das Problem als „Klassenfrage, da sich Frauen aus materieller Not reichen Herren hingeben, um zu überleben“. Diese Position vertraten vor allem die Sozialdemokraten, wogegen in der organisierten Arbeiterschaft durchaus „Stimmen der Moral“ zu hören waren (ebd.: 90). Das Abstimmungsergebnis fiel jedoch sehr klar für die Initiative aus, was zeige, kommentieren die beiden Autorinnen, dass die Position dominiere, welche „Prostitution als sittliche Frage“ behandelt habe (ebd.: 93).

2.1.2 Verschiebung in der Gesundheitspolitik

Die Frage, welches Mittel die Geschlechtskrankheiten effektiv einzudämmen vermöge, beschäftigte die Gesundheitsbehörden und Dermatologen europaweit. Gegen Ende des Jahrhunderts wurde aber immer klarer, dass die ganze Überwachung keinen Einfluss auf die Geschlechtskrankheiten hatte. Deshalb berief die belgische Académie de Médecine 1899 die erste Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten ein. Für die Konferenz wurden Länderberichte angefordert. So musste sich das relativ junge schweizerische Gesundheitsamt erstmals mit der Problematik beschäftigen. Mit dem Verfassen des Berichts beauftragte es Joseph Jadassohn, damals der einzige Professor für Haut und Geschlechtskrankheiten in der Deutschschweiz. Der Bericht enthielt eine Bestandesaufnahme der kantonalen Massnahmen. Aus Anlass des Berichtes hatte Jadassohn

eine Befragung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz bei den Ärzten durchführen lassen. Da nur wenige Rückmeldungen eintrafen, konnten keine repräsentativen Aussagen gemacht werden. Stattdessen verglich Jadassohn die Situation der Schweiz mit derjenigen in Frankreich und Deutschland und stellte fest, dass die Krankenrate der Geschlechtskrankheiten in allen Städten ungefähr dieselbe war (vgl. Jadassohn zit. in Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 126). Um die Krise zu überwinden und neue Lösungsstrategien zu entwickeln, die breitere Zustimmung finden würden, waren auch einige Gegner der Reglementierung nach Brüssel geladen worden.

Puenzieux und Ruckstuhl teilen die Teilnehmer der Konferenz in drei Gruppen ein. Die ersten, die „Hyperreglementaristen“, wie die beiden sie nennen, hätten an der Reglementierung festgehalten; zu ihnen zählte auch Jadassohn. Sie führten den bisherigen Misserfolg auf Mängel in der Durchführung der Kontrollen zurück (vgl. ebd.: 127). Dagegen kritisierte die zweite Gruppe, die „Antireglementaristen“, das Lösungskonzept, weil es die realen sozialen Bedingungen verkenne. Wollte man eine effektive Überwachung, so der deutsche Dermatologe Alfred Blaschko, wäre dazu ein Heer von Aufsehern nötig. Die Massnahmen seien nicht realisierbar und sozial unverträglich. Zum einen würden sie den Freiern eine trügerische Sicherheit vermitteln, zum andern führe die Angst vor Internierung dazu, dass sich die Prostituierten einer Kontrolle zu entziehen suchten.³ Die dritte Gruppe, nach Puenzieux und Ruckstuhl die „Neoreglementaristen“, standen zwischen diesen beiden Konzepten. Ihre Lösungsstrategie unterschied sich nicht wesentlich von derjenigen der Antireglementaristen. Sie befürworteten zwar die Überwachung, aber nicht eine polizeiliche, sondern eine medizinische. Sie plädierten dafür, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen zu verbessern, nicht nur Prostituierte, sondern auch Männer sollten behandelt werden. Zu diesen Befürwortern gehörten Albert Neisser und der französische Arzt Alfred Fournier. Ihre Sicht verschob den Akzent und rückte den Mann ins Blickfeld, d. h. insbesondere das Sexualverhalten der jugendlichen Männer. Beide argumentierten, dass es vielfach der Mann sei, der seine Frau anstecke und so die Familie zum Ort der Infektion mache (vgl. auch Brandt 1987: 11). Fournier machte die „Bewältigung der Geschlechtskrankheiten zur Überlebensfrage der Nation“ (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 129).

An der zweiten Konferenz 1902 zeichnete sich immer stärker ein Umdenken der Ärzte in die letztere Richtung ab. Das reglementarische Konzept beurteilte man nun als unzureichend

3 Puenzieux und Ruckstuhl zitieren hierzu den französischen Arzt Augagneur (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 128).

und als Fehlkonzept. Die Aufmerksamkeit hatte sich zur Prophylaxe hin verschoben.⁴ Den Weg dahin zeichnete die an der ersten Konferenz gegründete „Société internationale pour la prophylaxie sanitaire et morale de la Syphilis et des maladies vénériennes“ vor. Fournier hatte in Frankreich nationale Sektionen gebildet, die „Ligue contre la Syphilis“, die dank geschickter Einbindung von Militärs, hohen Staatsbeamten und Industriellen an wichtigen Stellen Einfluss nehmen und die Aufklärung vorantreiben konnte (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 130). Statt Verbote wollte die Liga die Öffentlichkeit über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufklären. Damit stellte sich neu die Frage, wie man die Menschen erreichen konnte. Es wurden verschiedene Möglichkeiten der Informationsvermittlung diskutiert, wie Theaterstücke, Vorträge, Broschüren und öffentliche Anschläge. Aufklärung und Wissen galten nun als der wichtigste Schutz vor einer Ansteckung.

Das Gewicht in den Gesundheitsfragen hatte sich somit innerhalb weniger Jahre von der Polizei, deren Beamte die hygienischen Zustände bis in die Privaträume kontrollierten, weg und hin zu den Medizinern verschoben. Sie waren – dank der Fortschritte und Erfolge in der medizinischen Forschung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – zu Experten geworden. In den 1880er Jahren noch suchten sie das Problem durch technokratische medizinische Konzepte zu lösen. In der Frage der Reglementierung gingen dann aber die Ansichten der Ärzte derart auseinander, dass sich ihr Expertenstatus deutlich verminderte (ebd.: 73). An der zweiten Konferenz nun konnte ein Konsens erreicht werden, der sowohl die Richtung der Bekämpfung als auch die Rolle, die den Medizinern dabei zukam, vorzeichnete.

Die Aufklärungsarbeit bot ihnen Gelegenheit, sich als Fachkräfte zu präsentieren. Zum einen konnten sie ihren Einfluss auf die Gesundheitspolitik entscheidend verstärken. Zum anderen wurde der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in der Folge mediziniert. Demzufolge basierte die Aufklärung auf den neuesten Forschungen der Medizin. Damit einhergehend suchten die Ärzte die potentiellen Patienten zu Gesundheitsbewusstsein und mehr Eigenverantwortung zu erziehen.

2.1.3 Anfänge der Volksaufklärung

Auch in Deutschland hatte sich der Fokus weg von der polizeilichen Überwachung hin zur medizinischen Versorgung und Aufklärung verschoben. Nach dreijähriger Vorbereitungs-

4 Prophylaxe meint die vorbeugenden Massnahmen, die ergriffen werden, um eine Erkrankung zu verhüten. Der Begriff wird synonym mit Prävention gebraucht (vgl. Duden 2005). In der Medizin unterscheidet man zwischen primärer Prävention: „Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren vor Wirksamwerden“, sekundärer Prävention: „Sicherstellung frühstmöglicher Diagnosen und Therapien von Krankheiten durch Früherkennungsuntersuchungen“ und tertiärer Prävention: „Begrenzung beziehungsweise Ausgleich von Krankheitsfolgen z. B. durch Rehabilitationsmassnahmen“ (Quelle: www.med-kolleg.de 2009, Stand 17.04.2009).

zeit gründeten dermatologische Experten 1902 die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) mit dem Ziel, sowohl auf das Publikum wie auch auf die Verwaltung (z. B. bezüglich Gesetzgebung) einzuwirken (vgl. Weindling 1989b: 48). Analog den Richtlinien der Brüsseler Konferenzen sollten weite Volkskreise belehrt und zur Mitarbeit herangezogen werden, um so die bestehenden hygienischen und sozialen Verhältnisse zu verbessern (vgl. Borelli/Vogt/Kreis 1992: 19). Die Gesellschaft entwickelte Aktivitäten, gründete in den ersten Jahren lokale Gruppen, verteilte Millionen von Broschüren und förderte die Sexualaufklärung in den Schulen. Damit übernahm die DGBG offizielle Aufgaben, was ihre enge Verbindung mit dem Staat verdeutlicht (vgl. Weindling 1989b: 94). Wie in Frankreich waren die Ärzte auch in der deutschen Gesellschaft die dominierende Kraft. So war Medizinalrat Albert Neisser erster Präsident der Vereinigung und Alfred Blaschko erster Generalsekretär. Beide setzten sich dafür ein, dass die Behandlung von Geschlechtskrankheiten kassenpflichtig und der prophylaktische Wert von Schutzmitteln offiziell anerkannt wurde (vgl. Sauerteig 1999), was zu internen Spannungen mit den Nicht-Ärzten in der Gesellschaft führte. In der Schweiz war die Dermatologie noch nicht soweit verankert, dass die Gründung einer gleichen Gesellschaft in Betracht gezogen werden konnte. Schweizer Hautärzte, insbesondere Joseph Jadassohn, beteiligten sich jedoch aktiv am internationalen Diskurs zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten.

In seinem Bericht zur zweiten Konferenz zuhanden des Bundesrates entwarf Jadassohn ein Aufklärungskonzept. Für ihn schien nach der Konferenz klar, dass eine wirksame Prophylaxe nur durch die Belehrung breiter Bevölkerungskreise möglich war. Dabei unterschied er eine öffentliche und private Prophylaxe. Unter öffentlich meinte er die gesetzlich zu regelnden Massnahmen, unter privat, was der Einzelne tun kann, um sich und andere gegen die Gefahren der venerischen Krankheiten zu schützen (vgl. Jadassohn [1903]). Es müsse mehr getan werden, als von fürsorglicher und medizinischer Seite zur Behandlung der Kranken unternommen werde. Dieses Mehr fasste er unter „Erziehung und Belehrung unserer Kranken“ zusammen (ebd.: 24). Aus drei Gründen müssten die Menschen aufgeklärt werden: Erstens, um sich vor Ansteckung zu hüten; zweitens, um andere nicht zu gefährden, und drittens, um das Gelernte an ihre Nächsten weiterzugeben (vgl. ebd.: 25). Doch wer sollte die Belehrung erhalten und wer sie liefern? Vor allem bei den jungen Menschen stellte sich die Frage, was sie wissen dürfen, damit sich ihnen nicht ein „fernes und fremdes Gebiet“ eröffnete (ebd.: 24). Sicher sollten die Frauen, besonders Prostituierte und Mütter unehelicher Kinder, sowie alle tatsächlich und potentiellen Kranken aufgeklärt werden. Die potentiell Gefährdeten über die Ursachen und Folgen der Geschlechtskrankheiten zu informieren, bedeutete, ihnen eine Mitverantwortung aufzuerlegen und sie zu entsprechenden Handlungsweisen anzuhalten.

Jadassohn hatte eine Belehrungsform vor Augen, die den Menschen nicht ein subjektiv auf ihren Fall bezogenes, sondern ein allgemeines Wissen über Geschlechtskrankheiten, entsprechend dem Forschungsstand der Zeit, vermittelte. Die Belehrung sollte durch eine staatlich autorisierte Organisation wie z. B. die DGBG erfolgen, da sie mehr Gewicht und Einfluss habe. Aber gerade eine solche fehlte in der Schweiz. Deshalb darf man sich die Aufklärung, die nach der Abstimmung von 1897 in Zürich – dem internationalen Trend folgend – durchgeführt wurde, nicht im heutigen Sinn koordiniert und zielgerichtet vorstellen (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 133). Männer und Frauen der Sittlichkeitsvereine hielten Vorträge und verteilten Schriften, ab 1900 verbreiteten sie ihre Botschaften und Auffassungen auch mittels Broschüren und Zeitungsartikeln.

2.1.4 Geschlechtsspezifische Aufklärung

Damit die Bevölkerung die Gefahren der Geschlechtskrankheiten kannte, musste man aber über Sexualität reden – und zwar öffentlich. Sexualität durfte nicht länger eine private Sache sein. Vielmehr sollte wissenschaftlich objektiv und medizinisch relevant darüber berichtet werden, um den Leuten die ‚falsche Scham‘ zu nehmen. So verfassten vor allem Ärzte, vereinzelt Pädagogen, Ethiker, Naturwissenschaftler und Theologen die Schriften und Broschüren. Das fachliche Wissen wurde mit ideologischen Wertvorstellungen untermauert und war geschlechtsspezifisch aufbereitet (ebd.: 134). Die Sexualaufklärung richtete sich an die jungen Männer, die aufgrund ihrer Lebenssituation besonders gefährdet waren. Mit der Pubertät wachse das Interesse am anderen Geschlecht und damit der Wunsch nach sexueller Erfüllung. Doch im Gegensatz zu den jungen Menschen auf dem Land, die viel früher heirateten, würden die gutbürgerlichen Männer eine Ehe um Jahre hinausschieben (vgl. Jadassohn/Schmid 1900: 23). So zählte diese Bevölkerungsgruppe zu den häufigen Besuchern der Prostituierten, schliesslich verfügten sie auch über die nötigen finanziellen Mittel dazu. Die akademische Jugend, die „künftigen Erzieher und Führer des Volkes“, war in Gefahr (B. Bloch 1919: 18-19).

Die Beschäftigung mit Thema und Zielgruppe ging in zwei Richtungen: die Belehrung der Abiturienten und Studierenden sowie die statistische Erfassung des sexuellen Verhaltens und damit der Infektionen. Am 15. Februar 1901 hielt Oskar Wyss, Professor für Hygiene an der Universität Zürich, einen Vortrag über „Die Gefahren des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs“ vor versammelter männlicher Studentenschaft beider Zürcher Hochschulen. Darin erklärte er den Zuhörern in wissenschaftlich objektiver Weise die drei Geschlechtskrankheiten: weicher Schanker (*Ulcus molle*), Gonorrhö oder Tripper und Syphilis und skizzierte deren medizinische Erscheinungsformen. Er schilderte die Symptome und verheerenden Folgeerscheinungen für Körper und Psyche eines Erkrankten. Nach Wyss führten alle drei

Krankheiten nach langen, zum Teil sehr schmerzhaften und kaum zu ertragenden Qualen zum Tod. Er verwies auch auf die Auswirkungen einer Infektion auf die Familie, auf Frau und Nachkommen sowie daraus folgend fürs Vaterland. Zudem führte er Sterilität und Fehlgeburten vieler Frauen auf den vom Mann eingeschleppten Tripper zurück. Dies habe ebenfalls Folgen für den Staat, weil seine Wehrfähigkeit und Leistungsfähigkeit geschwächt werde. Ausserdem würden die Patienten mit hereditärer Syphilis die Heime, Fürsorge- und Strafanstalten füllen – zulasten des Staates. Ganz Mediziner, beschrieb er die Erscheinungen sehr plastisch und anschaulich und unterstützte das Gesagte mit Beispielen aus der Praxis.

In der Abstinenz, hierin folgte er den Sittlichkeitsvereinen, sah Wyss das einzige Mittel gegen solche Misere. Weiterklärte er die Studierenden über die Anatomie der männlichen Genitalien und deren Reizmechanismen auf.⁵ Denn entgegen häufig geäusselter Bedenken war er überzeugt, dass sexuelle Enthaltsamkeit keine nachteilige Wirkung auf die Gesundheit habe.⁶ Im Gegenteil: Verzicht auf jegliche sinnlichen Reize härte den Körper und züchtige den Geist. Es sei die heilige Pflicht des Mannes – „gegen sich selbst“ – mit aller Energie, „all seinen Kräften“ sich zu zwingen, sich dem „krankhaften Drang“ zu widersetzen, „stramm im Kampfe zu bleiben“ und „festen Sinnes immer und immer wieder den Kampf auf sich zu nehmen: mit festem Willen wird doch der Sieg errungen“ (Wyss 1901: 16). Wyss untermalte die Triebbeherrschungszucht mit Metaphern von Sieg und Kampf und verband die Beherrschung der Sexualität mit militärischen Werten. Daraus erwachse ein „strammes, kräftiges Heer“ (Wyss 1901: 19).⁷ Laut Wyss' Unterweisung hat der Einzelne den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu führen.

Dass besonders die männliche Jugend aus bürgerlichem Hause ansteckungsgefährdet war, bestätigt der deutsche Arzt Emil Meirowsky anhand statistischer Daten der Studentenkrankenkasse der Breslauer Poliklinik.⁸ Befragt wurden Studenten im Alter zwischen 19 und 25 Jahren der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau, die eine Studentensprechstunde besucht hatten. 127 der 170 der Befragten, also 85,4 Prozent, gaben an, geschlechtlich aktiv zu sein. Davon waren wiederum 94,6 Prozent schon einmal an Gonorrhö, 8,6 Prozent an Syphilis allein oder mit Gonorrhö kompliziert und 6 Prozent an weichem Schanker erkrankt. Laut den Prozentangaben erkrankte diese Bevölkerungsgruppe somit weit häufiger an einer Geschlechtskrankheit als der Durchschnitt der Bevölkerung

5 Wyss' Vortragsaufbau gleicht in verblüffender Weise dem inhaltlichen Aufbau der medizinischen Aufklärungsfilme gegen Geschlechtskrankheiten, z. B. GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN (D 1919, Nicolas Kaufmann) oder GEISSEL DER MENSCHHEIT (D 1926, Erich R. Schwab).

6 Philipp Sarasin (2001) beleuchtet in seinem Buch *Reizbare Maschinen* den Diskurs über Sexualität.

7 Nach Corbin diente die intensivste, sexuelle Aufklärung Frankreichs vor dem Ersten Weltkrieg effektiv der Disziplinierung. Die Männer sollten für einen möglichen Krieg vorbereitet werden und sich bereits in Triebverzicht üben (vgl. Corbin 1978: 274).

8 Meirowsky macht keine zeitlichen Angaben, wann die Erhebung durchgeführt wurde, (vgl. Meirowsky 1909 und 1910: 2).

(rund 2 Promille) (vgl. Meirowsky 1909 und 1910: 6 und 60). Meirowsky machte sowohl das Elternhaus wie auch die Schule für die Misstände verantwortlich. Dann, wenn bei den Jugendlichen der Sexualtrieb erwache und sie mehr darüber erfahren wollten, werde ihnen das nötige Wissen vorenthalten. Stattdessen holten sie sich bei Kameraden oder in einschlägiger Lektüre das nötige Wissen. Folglich müsse, so Meirowsky weiter, die Aufklärung bei Eltern und Pädagogen beginnen und eine Erziehungsreform eingeleitet werden. Obwohl er Verständnis für die sexuellen Triebe bekundete, propagierte Meirowsky wie Wyss Keuschheit als das einzige sichere Mittel vor Infektion. Die jungen bürgerlichen Männer müssten zur Mässigung erzogen werden: Triebverzicht und Triebkontrolle. Die irregleiteten Instinkte müssten korrigiert und in die rechten Bahnen gelenkt werden, was durch „Erziehung des Charakters und die Stählung des Willens“ erreicht werde (ebd.: 57). Meirowsky propagierte Sport, Turnen oder Gymnastik als Abhilfe, um den Körper zu stärken und zugleich die Aufmerksamkeit und das Verlangen umzulenken.

Während sich Ärzte und Vereinsmänner der männlichen Jugend annahmen, kümmerten sich die Frauenverbände um die jungen Frauen und Mütter. Sie hielten Vorträge oder veranstalteten Kurse für Frauen, in denen „die ‚reine‘ Frau in ihrer sittlichen Aufgabe angesprochen“ wurde (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 146). Sie appellierten an die gute Hausfrau, die den Dreck aus ihrer Wohnung kehrt: So energisch müsse sie zum Wohl ihrer Liebsten auch gegen Geschlechtskrankheiten in ihrem Heim vorgehen und die Kinder vor Versuchungen schützen.⁹ Die Frauen sollten Forderungen an die Männer stellen und sie zu verantwortungsvollem Handeln zwingen. Diese Aufgabe wurde der Frau zuteil, da sie „moralisch als höher stehend gepriesen“ wurde, weshalb für sie auch strengere Normen galten (ebd.: 147).

Mit handfesten Massnahmen wurde zudem die Umerziehung „gefallener Mädchen“ angegangen. In den meisten Schweizer Städten existierten schon zur Jahrhundertwende Einrichtungen, schreibt Schmid,

dank der Thätigkeit des schweizerischen Frauenbundes zur Hebung der Sittlichkeit und des Vereins der Freundinnen junger Mädchen, Logierhäuser (Mägdeherbergen, Arbeiterinnenheime, Bahnhofheime, Marthaheime etc.), worin stellenlose weibliche Dienstboten und obdachlose Frauenpersonen Unterkunft finden (Jadassohn/Schmid 1900: 13).

In den Anstalten wurde den Frauen eine Ausbildung in Kochen und Hausarbeit angeboten. Zum einen sollten sie auf ihre spätere Aufgabe als Hausfrau vorbereitet werden, und falls sie sich nicht verheirateten, so waren sie als Dienstboten ausgebildet. Puenzieux und Ruckstuhl kritisieren, dass die Vereinsfrauen mit der Umerziehung die Mädchen ins bürgerliche Wertesystem einpassten. Während die bürgerlichen Frauen durch die Fürsorgearbeit an

9 Zur Erziehungstätigkeit der Sittlichkeitsfrauen vgl. Widmer (1991); oder Lindner/Sauerteig (2002).

Macht gewannen, wurden die Prostituierten für deren Interessen instrumentalisiert (vgl. ebd.: 185).

Die medizinisch-wissenschaftliche Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten richtete die Aufmerksamkeit auf die Sexualität. Die Forderung nach Triebverzicht und Triebkontrolle suchte ihre Existenz zu unterdrücken, während das Reden über sie gerade ihre Bedeutung aufblähte. Eine Wechselwirkung, die Michel Foucault in *Sexualität und Wahrheit* untersucht hat (1983).¹⁰

2.1.5 Wissenschaftliche Forschung und populäre Vermittlung

Mit der Entdeckung der Erreger bekamen die Geschlechtskrankheiten ein 'Gesicht' – sie wurden zum identifizierbaren Feind. Naturwissenschaftliche Methoden hatten im Laufe des 19. Jahrhunderts das Bild der Medizin grundsätzlich verändert. In der zweiten Hälfte erlebte die Bakteriologie dank einer Reihe von aufsehenerregenden Entdeckungen einen wahren Boom. So gelang es Robert Koch 1876, Milzbranderreger im Labor zu vermehren, und er entdeckte 1882 das Tuberkulosebakterium. 1879 fand Albert Neisser die Erreger der Gonorrhö beziehungsweise des Trippers: die Gonokokken-Bakterien, dessen kugelige Form und paarweises Auftreten Kaffeebohnen ähnelt. Die Syphilis-Erreger – die *Spirochaeta pallida*, ein bleiches, länglich-spiraliges Bakterium – wurden 1905 vom Zoologen Fritz Schaudinn und dem Dermatologen Erich Hoffmann in Berlin entdeckt (vgl. Fleck 1980: 24). Rund ein Jahr später ermöglichte das von August von Wassermann entwickelte Diagnoseverfahren, die Wassermann'sche Reaktion, Syphilis-Erreger im Blut nachzuweisen.

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts wurden geschlechtskranke Patienten entweder mit langwierigen Kuren wie dem Baden in exotischem Guajakholz oder mit giftigen Prozeduren wie dem Einreiben der grauen, stinkigen Quecksilber-Salbe behandelt. Dies änderte sich mit der Einführung von Salvarsan. Nach jahrelangen Experimenten, genau nach 605 Versuchen, war es Paul Ehrlich und seinem japanischen Assistenten Sahachiro Hata 1910 gelungen, das Medikament Salvarsan zu synthetisieren. Salvarsan basiert auf Arsen und gilt als das erste chemische hergestellte Medikament überhaupt. Trotz anfänglichen Erfolgen wurde bald Kritik am Medikament laut, dessen Nebenwirkungen erheblich waren und zu Todesfällen geführt hatten.¹¹ 1915 brachte Ehrlich dann das Neosalvarsan mit verbesserter Rezeptur auf den Markt. Bis zum Zweiten Weltkrieg blieb diese Arznei das einzige Heilmittel gegen

¹⁰ Mehr dazu siehe Kapitel 4.

¹¹ Sauerteig schreibt, wenige Monate nach Freigabe des Medikaments seien die ersten Berichte über Nebenwirkungen wie „Kopfschmerzen, Erbrechen und Diarrhoe, Hautnekrosen, Fieberschübe, Erblindung, Taubhaut, Lähmungen und einige Todesfälle“ laut geworden, was die Anfangseuphorie gedämpft und unter den Medizinern eine heftige Debatte ausgelöst habe (Sauerteig 1996: 167).

Syphilis, bis ab 1944 mit Penicillin die Geschlechtskrankheiten wirksam bekämpft werden konnten (vgl. Adam 2001: 111).

Durch das Diagnoseverfahren, das im Labor durchgeführt werden musste, sowie das durch Injektionen verabreichte Therapeutikum präsentierten sich die Ärzte sowohl als Wissenschaftler, die die neuesten wissenschaftlichen Methoden beherrschten, wie auch als Fachmänner, die die Behandlungstechniken anwandten.¹² Beides implizierte ganz im Sinne des positivistischen Wissenschaftsglaubens Objektivität und Zuverlässigkeit, Merkmale des neuen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Mit Ehrlichs Salvarsan war ein Therapeutikum gefunden, das Heilung 'garantierte'. Damit war den Ärzten das Instrumentarium gegeben, sich als Kompetenzinstanz bezüglich Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung und Prophylaxe zu etablieren.

2.2 Bekämpfung während des Ersten Weltkriegs

Mit Ausbruch des Kriegs beschworen viele Hautärzte das Szenario, das für die epidemische Ausbreitung in Europa steht: der Italienfeldzug von Karl VIII. (vgl. vorliegende Arbeit S. 6). So bildeten Krieg, Militär und Geschlechtskrankheiten ein untrennbares Amalgam, das die Angst vor einer Epidemie schürte und sowohl die Wahrnehmung wie die zu ergreifenden Massnahmen beeinflusste. Die Mobilmachung, das heisst der Einzug der Truppen 1914, machte das Thema auch für das Schweizer Militär relevant.

2.2.1 Militärische Interventionen

Da die Armee in der Schweiz als Milizsystem organisiert war, wurden geschlechtskranke Soldaten bei der Musterung bis dato wieder nach Hause geschickt, wo sie sich von einem Arzt behandeln lassen sollten (vgl. Schnyder 1920: 5). Die Einberufung der Wehrmänner aber änderte diese Praxis und der lange Dienst verlangte, dass sich die Armeeleitung mit dem Problem beschäftigte.¹³ Kurz nach Beginn des Krieges verzeichnete man in der Armee steigende Ansteckungszahlen mit Gonorrhö und Syphilis, so dass sich Oberst Carl Hauser veranlasst sah, am 16. Dezember 1914 einen ersten Erlass an die Sanitätsoffiziere zur „se-

12 Dies, obwohl die Mediziner, wie Sauerteig darlegt, anfänglich Mühe in der Anwendung von Salvarsan hatten. Die von Ehrlich entwickelten Konzepte der Chemotherapie „waren für viele Ärzte völlig neu und stiessen auf Unverständnis“ (Sauerteig 1996: 166).

13 Der Verein Weisses Kreuz hatte vor dem Krieg als erste Organisation für die Aufklärung in der Armee plädiert, war damit aber bei der Armeeleitung auf taube Ohren gestossen (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 217).

xuellen Hygiene“ zu erlassen.¹⁴ Geschlechtskrankheiten gefährdeten die Gesundheit der Wehrmänner und damit die Schlagkraft der Armee, was das Problem zu einer nationalen Angelegenheit machte (vgl. Seite 38 sowie Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 215). Hauser forderte die Truppenärzte auf, die Soldaten auf die Gefahren des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs aufmerksam zu machen. Weiter wollte er über die Zahl der Infizierten informiert werden. Geschlechtskranke sollten von der Truppe isoliert, entweder in separaten Krankenzimmern oder in Zivilspitälern behandelt werden. Ausserdem führte er die „Desinfektion“ ein. Eine Massnahme, die sehr umstritten war, da sie von den Soldaten als erniedrigend empfunden wurde. Die Desinfektion war eine speziell für Männer entwickelte neuartige Methode. Dafür mussten sich die Soldaten innerhalb von drei bis sechs Stunden nach dem Geschlechtsverkehr beim Arzt melden, der ihre Genitalien einer chemischen Waschung unterzog, um die Erreger abzutöten (vgl. ebd.: 218).¹⁵ Ausserdem hatten sie die Ansteckungsquelle zu nennen.

Rund ein Jahr später wandte sich der Oberst erneut an die Sanitätsoffiziere und kritisierte die mangelnde Umsetzung der Massnahmen: Die Ansteckungszahlen waren gleich geblieben. Vor allem tadelte er die Meldepflicht. „Die Eruierung der Infektionsquellen der venerischen Erkrankungen hat bis jetzt zu einem ganz ungenügenden Resultat geführt“ (Hauser 1915: 2). Da Aufklärung und Prophylaxe nicht die gewünschten Resultate brachten, griff Hauser auf das alte Bekämpfungskonzept zurück und fokussierte die weiteren Massnahmen auf Bordelle und Prostituierte. Dabei ging er davon aus, dass allein die Frauen Männer infizieren, nicht umgekehrt. Zur „Unschädlichmachung der Infektionsquelle“ listete er einen detaillierten Katalog auf, wie mit einheimischen und ausländischen Prostituierten zu verfahren sei, wer wo behandelt, wer wohin zurückgeschickt werden solle (ebd.: 3-6). Mit seiner Strategie der Repression setze sich Hauser selbst der Kritik aus, zumal keine der Massnahmen wirklich griff.¹⁶ Wer die Anordnungen missachtete, dem drohte Hauser mit strenger Bestrafung. Damit setzte die Armee allein auf Repression. Dagegen hatte Jadassohn 1915 im *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* Prophylaxe-Massnahmen vorgeschlagen, die auf mehr Eigenverantwortung zielten. Die Truppen müssten – „und zwar zu wiederholten Malen – über die Bedeutung der venerischen Krankheiten“ sowie über „die Mittel ihrer Abwehr“ belehrt werden. Damit meinte er u.a. auch Schutzmittel, z. B. Kondome; doch die waren für die Armee kein Thema. Überdies mahnte er, dass auch Frauen vor der Ansteckung durch Männer geschützt werden müssten (Jadassohn 1915: 355).

14 Am 12. August 1914 waren die Truppen eingerückt. Die Mobilmachung dauerte bis 1. Januar 1918 (vgl. Schnyder 1920).

15 In der französischen Armee, wo die Methode auch angewandt wurde, führten die Soldaten die Waschung selber durch (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 219).

16 Vor allem die Meldepflicht sei sehr umstritten gewesen und hätte das Arzt-Patientenverhältnis tangiert. Überhaupt seien solch restriktive Massnahmen, wie sie die Armee einsetzte, in der Zivilbevölkerung nicht akzeptiert worden, schreiben Puenzieux und Ruckstuhl (vgl. 1994: 220).

Die kranken Soldaten zur Behandlung nach Hause oder in Zivilspitäler zu schicken, führte dazu, dass die Krankheiten vernachlässigt oder nicht richtig behandelt wurden, so dass die Infektionszahl weiter hoch blieb. Deshalb ordnete Hauser in seiner Weisung vom 23. März 1916 an, dass alle geschlechtskranken Wehrmänner in der Etappen-Sanitäts-Anstalt (ESA) in Solothurn zu hospitalisieren seien. In den zweieinhalb Jahren bis zum Kriegsende wurden dort 3709 Patienten behandelt, davon 3009 mit Gonorrhö und 700 mit Syphilis.¹⁷ In der ESA konnten endlich genügend Krankendaten gesammelt werden, um ein ungefähres Bild der Infektionssituation im Militär zu erhalten. Leider waren die Eintragungen aber derart fehlerhaft, dass sich aus dem Erhebungsmaterial keine schlüssigen Werte ziehen liessen, schreibt Willy R. Schnyder in seiner Auswertung (vgl. Schnyder 1920). Nichtsdestotrotz erhärten seine gesammelten Zahlenwerte traditionelle Denkmuster. So erstellte er Tabellen betreffend Militärgattung, Beruf, Kantonszugehörigkeit der infizierten Soldaten, die einmal mehr bestätigen, dass sich die Männer vor allem in den Städten ansteckten, kaum auf dem Land. Nach Schnyder waren die Städte eigentliche Brutstätten der Geschlechtskrankheiten, Stadtbewohner sowie Industriearbeiter und -arbeiterinnen gefährdeter als Landmenschen, weil sie der ständigen Versuchung ausgesetzt waren.

In seiner abschliessenden Beurteilung der eingeführten Massregeln spricht Schnyder von einem Fiasko. Die Verhältnisse in der ESA waren von externer wie interner Seite hart kritisiert worden: Disziplinlosigkeit, unhygienische Verhältnisse und medizinische Mängel. In der Anstalt herrsche „Undisziplin“, wofür die Geschlechtskranken verantwortlich seien, meinte etwa Hauptmann Kaufmann. Geschlechtskranke Soldaten widersprächen dem Männerideal, das in der Armee herrsche. Zucht, Disziplin, Willensstärke und Triebkontrolle zeichneten den guten Wehrmann aus. Gegen diese Werte verstiesse die Geschlechtskranken. Sie waren willensschwach und triebgesteuert. Für Kaufmann waren die Geschlechtskranken „Drückeberger“, „moralisch ruiniert“ und „durchtriebene Elemente“ (Kaufmann zit. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 228). Ebenso gaben die hygienischen Zustände Anlass zu Beanstandungen. Die Anstalt sei überbelegt, nicht sauber genug, es gebe zu wenig Aufenthaltsräume etc. (vgl. ebd.: 229). Die *Berner Tagwacht* monierte auch, dass die Kranken öffentlich zur Schau gestellt wurden:

Bis vor wenigen Wochen war unmittelbar vor dem Schulhaus eine Art Hühnerhof aufgestellt. Ein Stück Terrain ist abgepfählt, [...]. Dieses im Freien, hart an einer lebhaften Verkehrsstrasse umzäunte Feld dient den Kranken als Spazierraum. Während sie spazierten, den ganzen Nachmittag sich in dem Hühnerhof aufhielten, standen draussen die Gaffer und betrachteten

¹⁷ Willy Schnyder geht in seiner Auswertung der Krankenakten davon aus, dass die Zahl sogar doppelt so hoch angenommen werden muss. Mangelhaft ausgefüllte Datenblätter, schlechte Meldepflicht etc. hätten die tatsächlichen Verhältnisse verwischt (vgl. Schnyder 1920: 21).

das Defilée der unglücklichen Kranken wie der Zirkusbesucher die Tiere im Käfig (*Berner Tagwacht*, 4. April 1917 zit. nach Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 229/230).

Solche Behandlung förderte die Stigmatisierung der Geschlechtskranken.

2.2.2 Nachwirkungen der militärischen Interventionen

Bedenklich erscheint im Rückblick jedoch, dass die meisten Gonorrhö-Kranken ungeheilt die Anstalt verliessen. Schnyder relativiert, dies möge höchstens in der Anfangszeit so gewesen sein, als es in der ESA noch keine spezialisierte Behandlung gab (vgl. Schnyder 1920: 13). Dass die Behandlung ausserhalb der Armee zum Teil unsachgemäss verlief, lag nach Schnyder in der Unwissenheit der kranken Männer, die ihre Erkrankung zu wenig ernst nahmen. Dies bestätigt der Berner Stadtarzt Alfred Hauswirth, der 15 Jahre später über das Verhalten der Geschlechtskranken in der ESA berichtet. Waren die Patienten an drei aufeinanderfolgenden Untersuchungstagen bakterienfrei, wurden sie zur Truppe entlassen. Weil es den Gonorrhöikern anscheinend in der Anstalt besser gefallen habe als im Schützengraben,

liessen sie sich als geheilte Kranke von neu eingetretenen akut Erkrankten vermittelt Strohröhrchen [...] deren gonokokkenreiches Harnsekret in ihre gesunde Harnröhre spritzen und siehe da: der Mann war neuerdings krank und musste wochenlang neu behandelt werden! (Hauswirth 1932: 9).

Ein wesentlicher Grund für die Missstände in der ESA war Schnyder zufolge auch die mangelhafte Ausbildung der Ärzte (Schnyder 1920: 25). Dass etliche Mediziner die Geschlechtskrankheiten unterschätzten, zeigte sich schon an den Fehlern in der Erhebung der Patientendaten. Ihnen fehlte die Spezialausbildung und Erfahrung, um überhaupt die richtigen Diagnosen zu stellen; Geschlechtskrankheiten konnten leicht mit anderen Erkrankungen verwechselt werden.¹⁸

Als Fazit seiner Auswertung stellt Schnyder fest, dass die „Unschädlichmachung der Quellen“ beziehungsweise die „Ausrottung der Brutherde“ misslungen sei. Die Prostitution liess sich nicht aus der Welt schaffen. Stattdessen mussten nicht nur die Offiziere und die Mannschaften, sondern die ganze Bevölkerung besser über die Krankheiten und die Ansteckungsquellen informiert werden. Er schlägt vor, die im Krieg ergriffenen Massnahmen erstens über die Kriegszeit hinaus beizubehalten, weil sich so mancher in Friedenszeit wäh-

¹⁸ Schon Jadassohn und Schmid wiesen in ihrem Bericht von 1900 darauf hin, dass die Ärzteausbildung bzgl. Geschlechtskrankheiten unzureichend sei (vgl. Jadassohn/Schmid 1900: 42). Laut Schnyder war dies 1918 immer noch der Fall. Die Mobilmachung habe gezeigt, schreibt er, „wie sehr das Wissen und die Erfahrung der Ärzte im Fache der venerischen Krankheiten zu wünschen übrig lassen“ (Schnyder 1920: 25).

rend der Rekrutenschule anstecke, und zweitens die Aufklärung auf die Zivilbevölkerung auszuweiten. Denn Erziehung und Aufklärung seien die wirksamsten Waffen im Kampf gegen die zunehmende Verbreitung der venerischen Seuchen (Schnyder 1920: 25-26).

Schnyers Ratschläge zielen auf die erwarteten Folgen der Demobilmachung. Man befürchtete, dass die heimkehrenden Wehrmänner eine Gefahr für ihre Frauen und Familien bildeten. Es wurde das Schreckensszenario einer „Durchseuchung“ sowohl in den Nachbarländern wie auch in der Schweiz gezeichnet. Durch die Kriegsschäden waren die Völker schon geschwächt.¹⁹ Gesunde Nachkommen sollten deshalb den Fortbestand und das Wohlergehen der Völker sichern. Die Geschlechtskrankheiten aber unterminierten den Wiederaufbau. Besonders in Frankreich setzten die Ärzte auf dieses Argument. Analog zeichnete Bruno Bloch düstere Prognosen und verlangte in seinem Vortrag, den er am 7. März 1917 vor der Zürcher Gesellschaft für wissenschaftliche Gesundheitspflege hielt, ein koordiniertes Vorgehen. Bloch war Direktor des 1916 neu eingerichteten Instituts für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Zürich und treibende Kraft hinter den Aktivitäten nach Kriegsende zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz. Er sprach über den „Einfluss des Kriegs auf die Verbreitung, Zahlen der kriegsführenden Armeen und damit verbundenen Gefahr für die Zivilbevölkerung“. Die Geschlechtskrankheiten hätte einen enormen, bis dahin unterschätzten Einfluss auf die Zukunft ganzer Nationen. Der Bekämpfung komme daher eine soziale und rassenhygienische Bedeutung zu, weshalb er die Schaffung eines eidgenössischen Gesetzes vorschlug:

1. Anzeigepflicht; 2. Behandlungspflicht; 3. Unentgeltliche Behandlung; 4. Bei vorzeitigem Abbruch der Behandlung Verwarnung durch das Sanitätsamt; 5. Zwangsbehandlung gemeingefährlicher Geschlechtskranker; 6. Gefährdungsparagraph: Wer, obwohl er weiss, dass er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, eine gesunde Person infiziert oder in Gefahr, infiziert zu werden, bringt, ist strafbar; 7. Ärztliches Gesundheitsattest vor der Eheschliessung; 8. Massnahmen gegen Kurpfuscherei (Bloch 1918: 392f.).

Als Vorarbeiten bis hin zur Erreichung dieses Zieles (eidg. Gesetzgebung) schlug er Folgendes vor:

- 1) Aufklärung des Volkes über die Verbreitung und Bedeutung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz 2) Statistische Untersuchungen über die Zahl der Geschlechtskrankheiten in einzelnen Landgemeinden 3) Förderung alles dessen, was die Geschlechtskrankheiten einer richtigen Behandlung zuführen kann (Unentgeltlichkeit, Beratungsstellen etc.) 4) Unterstützung aller Fürsorgebestrebungen und Zuführung sämtlicher kranker Dirnen in Spezialheilanstalten.

¹⁹ Die Debatte zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten blendet die bis dahin grösste Pandemie, die Spanische Grippe, vollständig aus. Zwischen 1918 und 1920 waren weltweit Millionen Menschen daran erkrankt und die Grippe forderte eine entsprechend hohe Zahl an Toten (vgl. Johnson/Mueller 2002).

Fürsorge für die Jugendlichen. Schutzaufsicht über die entlassenen Dirnen. 5) Verpflichtung der Krankenkassen zur unentgeltlichen Behandlung (Bloch 1918: 393).

Die in seinem Vortrag aufgeführten Änderungsvorschläge weisen in die Richtung, wie die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem Krieg angegangen wurde. Ausserdem warb er für die Gründung einer Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG). Seine Vorschläge belegen, dass die Erkrankung nicht mehr den Einzelnen allein betraf, sondern als soziales Problem wahrgenommen wurde, das mit sozialen Mitteln bekämpft werden musste.

2.3 Film als Aufklärungsmittel

Noch eines hat der Krieg hervorgebracht – den Film als Propaganda- und Belehrungsmittel. Die kriegführenden Nationen hatten das Medium erfolgreich eingesetzt, um einerseits die Heimbevölkerung über das Geschehen an der Front zu informieren und andererseits den Kampfwillen immer wieder anzutreiben. Film war zum Massenkommunikationsmittel geworden, das man nach dem Krieg in den unterschiedlichsten Bereichen zu nutzen suchte. Kriegsbedingte Schäden mussten behoben und Defizite in der Entwicklung aufgeholt werden. In der Landwirtschaft beispielsweise wurden die Bauern mittels Film über neue Anbaumethoden oder die Viehzucht instruiert (vgl. Taillibert 1999: 11–51). In der Gesundheitsaufklärung hatte sich der Kinematograph schon während des Krieges bewährt (vgl. Lefèbvre 1991).

Zugleich ist die Konfektionierung des Films als Belehrungsmittel eng verbunden mit der Debatte über die moralisch-sittlichen Werte der Sittlichkeitsvereine. Aus bürgerlicher Sicht betrachtet, resultierten die Geschlechtskrankheiten wie der Konsum von Schundfilmen aus denselben gesellschaftlichen Missständen. Entsprechend engagierten sich einige Mitglieder der Sittlichkeitsvereine sowohl im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten als auch gegen die Auswüchse des Kinoschunds. Immerhin erkannten einige Pädagogen unter den Reformern den Nutzen, den der Film gerade für die Bildung der Volksmassen bringen könnte. Würden nur ‚einwandfreie‘ Film gezeigt, lautete die Formel, wäre der Kinematograph das beste Belehrungsmittel.²⁰ Durch die ideologische Auseinandersetzung in den 1910er und 1920er Jahren wurde das Medium dahingehend konzeptioniert. Um den Aufklärungsfilm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in diesem Kontext zu situieren, werde ich im Folgenden zeitlich zurückspringen und die Debatte, die für den

20 Vgl. dazu Lemke 1910; Sellmann 1914; ebenso Coissac 1926.

deutschen Sprachraum gut dokumentiert ist, sowie die ideologischen Beweggründe um den Film als Schund beziehungsweise als Belehrungsmittel beleuchten.

2.3.1 Der Kampf gegen die „Kinematographenpest“

Als sich in der zweiten Hälfte der 1900er Jahre immer mehr Kinobetriebe in den grösseren Städten in Deutschland, Frankreich und in etwas bescheidener Zahl ebenso in der Schweiz niederliessen, erhob sich alsbald laute Kritik an den neuen Vergnügungsstätten. Weil vor allem Kinder und Jugendliche ihre grosse Freude an den bewegten Bildern zeigten und diese Etablissements regelmässig frequentierten, sahen sich die Pädagogen herausgefordert, etwas zu unternehmen.²¹ In Hamburg setzten besorgte Standeskollegen 1907 eine Begutachtungskommission ein, deren Bericht und Kommentar Signalwirkung für die weitere Entwicklung – auch für die Schweiz – hatte. Eine Gruppe von Lehrern unternahm es, das Problem vor Ort und den Einfluss, den das neue Medium auf die jugendlichen Zuschauer hatte, ‚im Feld‘ zu studieren. Am 17. April 1907 veröffentlichte der Leiter der Kommission C. H. Dannmeyer das Ergebnis und führte bereits alle wesentlichen Kritikpunkte betreffend Programmauswahl und Filminhalte auf. Bemerkenswert dabei ist, dass Dannmeyers Fazit, die schlechten Filme würden die jugendlichen Zuschauer zur Nachahmung verleiten und müssten deshalb verboten werden, nicht auf Fakten beruhen, sondern auf seinen Vermutungen und ‚logischen‘ Folgerungen (vgl. Dannmeyer 1980: 27–28). Stete Wiederholungen durch Gesinnungsgenossen in den kommenden Jahren machten Dannmeyers ‚Schlussfolgerung‘ zur Tatsache und bestimmten fortan die Debatte, die im Grunde auf die Beseitigung oder zumindest Beschränkung des Filmangebots zielte.

Einen etwas moderateren Weg schlug Hermann Lemke, Schuldirektor von Gollnow bei Chemnitz, vor. Am 31. Juli 1907 hielt Lemke seine programmatische Rede anlässlich des ersten deutschen „Reformkinematographentheaters“. Der deutsche Filmhistoriker Helmut Diederichs misst Lemkes Rede eine Initiationskraft zu. Darin forderte Lemke die Gründung einer „kinematographischen Reformpartei“, um das kinematographische Leben in Deutschland zu heben und in die richtigen Bahnen zu lenken. Er zeigte weiter auf, in welche Richtung die Reformen zu gehen hätten und was Behörden, Schulen und Presse unternehmen müssten. Zum einen sollten die Auswüchse der Kinomatographie bekämpft, zum anderen die Volksbildung mittels geeigneter „Films“ gefördert werden. Analog dieser Ausrichtung formierte sich in den folgenden Jahren die Kinoreformbewegung in Deutschland (vgl. Diederichs 1996: 24–30, besonders 27). Man dürfe sich aber hierbei keine geschlossene Organisation vorstellen, stellt Diederichs fest, sondern vielmehr Vereine, Einzelpersonen

21 Siehe dazu auch C. Müller 1994.

oder Gruppen, die an verschiedenen ‚Fronten‘ gegen das sich ausbreitende Kinogewerbe kämpften. Den meisten Reformern ging es aber nicht um die Nutzung des Mediums für die Schule, sondern darum, Kinder und Jugendliche von den als „Schundfilm“ bewerteten fiktionalen Filmen fernzuhalten“. Stattdessen wollten sie ihn zu einem Kulturfaktor von bildender Qualität formen (Jung 2005: 336).

Die Ideen der deutschen Kinoreformer fanden auch in der Schweiz ihre Anhänger. Federführend im Kampf gegen die Auswüchse des Kinoschundes waren der Zürcher Pfarrer Albert Wild, Präsident der Vereinigung für Kinder- und Jugendschutz in Mönchaltorf, sowie der gebürtige Deutsche Christian Beyel, Privatdozent in Mathematik und langjähriges Mitglied des kantonal zürcherischen Männervereins zur Hebung der Sittlichkeit (Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 301). Beide Kämpfer waren durch ihre Tätigkeiten in verschiedenen Sittlichkeitsvereinen verbunden und verschafften sich durch ihre Artikel in verschiedenen Zeitschriften Gehör. Wild war Herausgeber der *Zeitschrift für Gemeinnützigkeit*, worin 1911 erstmals „Die Bekämpfung des Kinematographenunwesens“ erschien, ausserdem sammelte und publizierte er während Jahren die Meldungen über Auswüchse der „Kinematographenpest“ sowie die behördlichen Massnahmen der Kantone und Gemeinde dagegen. Beyel war Vorsitzender des Schweizerischen Bundes gegen unsittliche Literatur und dehnte sein Aufgabenfeld dahingehend aus, indem er sich 1912 gegen den verrohenden Einfluss des Kinos äusserte.

Aufschlussreich sind seine Eindrücke anlässlich des Programms „für die Jugend unter 12 Jahren“, festgehalten in „Der Kinematograph und seine Gefahren“:

Der Schlager war eine richtige Räubergeschichte, welche in vielen Szenen an die Automobil-Apachen erinnerte, die jetzt in Paris aufregen. Wir sahen da u. a. eine Spielhöhle mit ihrem ‚feinen‘ Publikum. Wie durch Zauber verwandelte sich dasselbe beim Nahen der Polizei in ein harmloses Musikorchester. Dann wurden wir auf die Insel der Opiumraucher geführt, in den Rauchsälen grinsten uns die erschlafften Gesichter der Rauchenden an. Es folgte der Traum eines Opiumrauchers mit sehr realistischen orientalischen Haremsfreuden. – Vermummte Räuber drangen in ein Schloss, überwältigten die überraschte Gesellschaft und raubten das Schloss aus. – Es folgte der Überfall auf Touristen, ihre Wegführung in eine Räuberhöhle und Erpressungsversuche. – Ein Mann sollte zwischen zwei grossen Steinen zerquetscht werden, welche mit raffinierter Grausamkeit langsam sich gegeneinander bewegten. Eine Frau wurde am Schweif eines Pferdes über weite Felder geschleift. Wir sahen den Kampf zweier Frauen auf Leben und Tod im Meere, den Kampf der Polizei mit den Räubern auf Automobilen und den gelungenen Selbstmord des ‚Verbrecherkönigs‘, dem es gelingt, im Momente der Verhaftung mit höhnendem Lächeln Gift zu nehmen (Beyel 1912: 181).

Das Geschilderte sei nur ein Teil der Vorstellung gewesen, wozu auch Naturbilder und eine Humoreske zählten. Neben den filmischen Bildern, die nervös an den Augen vorbei hasteten und zu schädlichen Nervenreizungen führten, störte „die Hinlenkung der erregten Phantasie auf das Gewaltsame, Grausame und Brutale“. Vielmehr noch als auf die Erwachsenen wirkten die Filme auf das kindliche Gemüt, deren Fantasie durch das „Rohe, Brutale und Zweideutige“ vergiftet werde (Beyel 1912: 182-183). Deshalb bezichtigte er die Kinos, eine „wahre Hochschule für das Verbrechen“ zu sein, und ortete spätere Patienten der Irren- und Krankenhäuser unter den aktuellen Kinobesuchern.

Das Kino als „Verbrecherschule“ war denn auch das Hauptargument, das die Reformbewegung im Kampf gegen das Kinowesen geltend machte. Das markige Attribut trug nicht wenig zum negativen Image bei, mit dem das Filmgewerbe fortan in der Öffentlichkeit konfrontiert war. Mit dem juristischen Aspekt dieser Thematik beschäftigte sich der Hamburger Gerichtsschreiber und Jurist Albert Hellwig besonders. Hellwig hat in Anlehnung an die Schundliteratur den Begriff „Schundfilm“ geprägt und zugleich die Klassifikation geliefert. Dabei unterschied er drei Arten von schädlichen Filmen: „die geschmacklosen, die sexuellen und die kriminellen Schundfilms“ (1911: 21). Er hob den moralischen und ethischen Schaden hervor, den diese Filme beim jungen Publikum verursachen könnten. Denn leicht beeindruck- und verführbar wie die Jugendlichen seien, liessen sie sich durch zwielichtige Helden und falsche Vorbilder zu Misstaten verleiten, war er überzeugt (vgl. 1911: 41-79; 1913a). Deshalb verlangte er ein gänzliches Verbot für Kinder und Jugendliche sowie die polizeiliche Vor-Zensur aller zur Vorführung gelangenden Filme.²² Hellwig war auch Experte für die Schweizerische Gesetzgebung (1913b; 1923). Einmal mehr richtete sich das Augenmerk auf die Familien aus ärmeren Schichten, deren Kinder sich vor allem dieses Vergnügens leisteten, obschon gerade sie das Geld besser für Nötigeres ausgeben sollten. In den Augen der Kritiker waren sie durch ihre Milieu bedingte Disposition besonders gefährdet.

2.3.2 Für den *guten* Film oder vom Schund zur Volksbelehrung

Die Vorstösse der Reformbewegung gingen in zwei Richtungen: Einfluss auf die Gesetzgebung und Förderung des „guten“ Films. Zum einen wurden die rechtspolitischen Vorschläge von Hellwig aufgenommen und eine Gesetzgebung gefordert, die die Kinder vor dem Einfluss des Kinogewerbes schützen sollte. Die vorgeschlagenen Massnahmen folgten dem Muster der Sittlichkeitsvereine für andere gesellschaftliche „Unzulänglichkeiten“: Es wurde

²² Mit Vor-Zensur oder Präventivzensur ist die Begutachtung der Filme vor Beginn der Vorführungen gemeint, während die Nach-Zensur bedeutet, dass die Polizei die Filme erst anschaut, wenn sie bereits im Kino laufen (vgl. hierzu o. A. 1925; sowie Weber-Dürler 2004: 57-62).

ein Gesetz verlangt, dass Vorführungen für Kinder und Jugendliche unter 16, in wenigen Kantonen unter 18 Jahren, zu verbieten und die Filme der Polizei zur Zensur vorzulegen seien. Mit Einsprachen, Zeitungsartikeln etc. hielten die Sittlichkeitsvereine die Debatte am Laufen, bis sie schliesslich ihr Ziel erreicht hatten.²³ Zwischen 1916 und 1918 erliesen alle Schweizer Kantone mit festen Kinobetrieben Gesetze, die den Kinokonsum für Schulpflichtige und des Filmangebot regelten (vgl. o. A. 1925).

Zum anderen suchten die Reformer mit geeigneten, einwandfreien Filmen das Bildungsniveau der Kinobesucher zu erhöhen. Diesem Plan liegt die Überzeugung zugrunde, dass der Film das beste Anschauungsmittel sei und deshalb auch bildend und erzieherisch wirken könne. Als einer der Befürworter lobt der deutsche Theologe und Kinoreformer Adolf Sellmann die Vorzüge der Kinematographie für die Volksbelehrung und die Nutzung in der Schule. Seiner Ansicht nach ist es die Suggestionskraft, die den Film zum besten aller Lehrmittel macht. Im dunklen Projektionsraum sinke der Zuschauer mental ins Geschehen auf der Leinwand und erlebe unmittelbar, was sich ihm dort offenbare. So schildert er, wie die Kinder an der Robbenjagd oder dem Erklimmen eines Eisberges teilnehmen, als ob sie selbst an der Südpolexpedition von Scott dabei wären (vgl. Sellmann 1914: 42). Derart vor Augen geführt, prägten sich die zu vermittelnden Inhalte eindrücklicher und nachhaltiger ins Gedächtnis ein (vgl. ebd.: 12-15). Ein weiterer Vorteil sieht er in den Vertriebsmöglichkeiten des Mediums. Ein einziger Film vermöge Tausende von Zuschauern zu erreichen und sei daher billiger als jedes andere Bildungsmittel. Zudem könnten wissenschaftliche Kenntnisse dargestellt werden, wie sie sonst nur einer akademisch geschulten Jugend zugänglich seien. Dadurch demokratisiere der Film das Bildungssystem, erklärt Sellmann (ebd.: 16).

Aber weder Drama noch Burleske, Detektivgeschichte noch Liebeskomödie genügten den pädagogischen Ansprüchen – einzig der dokumentarische Film vermochte nach Ansicht der Reformer belehrend zu wirken. Diese Auffassung teilten alle Reformer, ob in Deutschland oder in Frankreich. Während die fiktionalen Filme als besonders verderbend eingestuft wurden, waren es die dokumentarischen Bilder, so schreibt G.-Michel Coissac, die allein vermögen, „à exalter les sentiments nobles comme les sentiments patriotiques“ (1926: 6).²⁴ Diesen Bildern mass man einen hohen Bildungswert zu. Entsprechend plädierte Beyel dafür, dass lediglich Bilder aus Wissenschaft, Natur und Geographie zugelassen sein dürften, denn einzig die dokumentarischen Filme vermöchten zu zeigen, was der Film leisten könne (Beyel 1925: 138). Durch das Hinaustreten „ins banale öffentliche Leben“, das heisst mit der Vorführung der wissenschaftlichen Erfindung auf Jahrmärkten und in Varietés, hatte der

23 Vgl. dazu die Erläuterungen von Paul Meier-Kern über die Auseinandersetzung in Basel (1993: 94-118).

24 Coissac zitiert hier Eduard Herriot. Dasselbe Zitat verwendet auch Savary (1925: 5).

Film einen „bitteren Beigeschmack“ erhalten.²⁵ Von diesem musste die Kinematographie wieder befreit werden. Dabei spielte es für die Reformer offenbar keine Rolle, ob die Filme aus kommerziellen Produktionen stammten oder nicht. Wichtig war einzig, dass sie *nicht* fiktional waren. Bevorzugte Sujets waren daher Landschaftsaufnahmen, aber auch Werbe- oder Industriefilme zählten dazu.

2.3.3 Die Berufung des Films als Propagandamittel

„Der Krieg als Vater aller Dinge“ habe auch den Dokumentarfilm im Sinne Griersons hervorgebracht, meint Martin Loiperdinger in Bezug auf den gestalterischen Entwicklungsprozess des Films (2001). Der Erste Weltkrieg offenbarte die propagandistischen Vorzüge des Films. Um der Heimbevölkerung visuelle Zeugnisse des Kriegsverlaufs zu präsentieren, wurden Kameramänner ausgesandt, Bilder von der Front ‚zu schiessen‘. Sie hatten zu dokumentieren, wie hinter, vor oder in den Schützengräben gekämpft wurde. Einerseits sollten sie die Menschen zuhause beruhigen, andererseits gegen den Feind mobilisieren. Mit dieser Absicht wird schon deutlich, dass die aufgenommen Bilder nicht wert-neutral sein konnten, wie dies die Wörter „dokumentieren“ oder „Zeugnis“ nahelegen. Vielmehr ist das Faktische dramatisiert worden, um die Kämpfe ‚wirkungsvoll‘ darzustellen (vgl. ebd.: 73). Weil die Operateure zwar als „Augenzeugen“ fungierten, dennoch kaum Kriegshandlungen aufnehmen konnten, argumentiert Loiperdinger, wurden Szenen nachgestellt. Doch wirkten Szenen wie die in der *Messter-Woche* gezeigten „gutgelaunten deutschen Soldaten, die in der Feldbäckerei genauso munter Brötchen packen wie sie nebenan Handgranaten zusammenbauen“, wenig glaubwürdig auf die Zuschauer (ebd.: 76). Da kam 1916 in England der Film *THE BATTLE OF THE SOMME* heraus, der radikal mit der Zurückhaltung der Wochenschauen der kriegsführenden Staaten brach. Dem chronologischen Verlauf der Schlacht entsprechend wurde das Aufnahmematerial des über einstündigen Films montiert:

Vorbereitung wie das Munitionsfassen, den Anmarsch endloser Kolonnen zum Schlachtfeld, feuernde Artillerie, das Vorrücken durch Verbindungsgräben zu den vorderen Frontlinien am Morgen des 1. Juli 1916, [...]; schliesslich das unmittelbar sichtbare Resultat der Schlacht: verwundete und tote Soldaten ... (Loiperdinger 2001: 76-77).

Obschon der Film die Fakten des Kriegs, die zum Teil nachgestellt wurden, dramatisiert, so Loiperdinger, zeige er sie auf authentischere Weise, wie es zuvor kein Film getan habe (vgl. ebd.: 79).²⁶

²⁵ Vgl. hierzu Brief von Rudolf Birkhäuser, Schulinspektor und Augenarzt, an Regierungsrat Fritz Hauser, 9. Dezember 1920 (Staatsarchiv Basel-Stadt, Erziehung B 73, 1908–1926).

²⁶ Loiperdinger zitiert ausserdem Roger Smither, der in seiner Analyse nachweist, dass es sich bei den „Aufnahmen auf keinen Fall um Zeitpunkt und *location* des tatsächlichen Angriffs“ habe handeln können (2001: 78).

Stand der Film während des Kriegs im Dienst der Propaganda, so wurde danach sein Potential als Mittel der Völkerverständigung entdeckt. Niemals mehr sollte ein ähnlicher Krieg die Länder Europas entzweien. Aus diesem Grund wurde der Völkerbund gegründet, dessen Aufgabe unter anderen war, die Beziehungen zwischen den verfeindeten Parteien wieder aufzubauen. Hierbei erachtete man den Film als geeignetes Mittel, um die unterschiedlichen Sitten und Bräuche zu zeigen. Wer seine Nachbarn kenne, wer über ihre Feste und Traditionen Bescheid wisse, legt Christel Taillibert dar, sei eher bereit zur Versöhnung, sei man überzeugt gewesen (vgl. 1999: 11-28). Deshalb war der Völkerbund daran interessiert, die Filmproduktion in diese Richtung zu lenken. Aber auch die Einzelstaaten hätten das Medium verstärkt für ihre staatsbildenden Zwecke genutzt. Innerhalb kurzer Zeit musste die Volkswirtschaft, die in den meisten Staaten durch den Krieg am Boden lag, wieder aufgebaut, mussten Ernährungs- und Gesundheitsprobleme der Bevölkerung gelöst werden. Ob neue Anbaumethoden in der Landwirtschaft, die richtige Handhabung der Zahnbürste oder Putzanleitungen, es gab kaum ein Thema, das nicht mittels Film der Bevölkerung näher gebracht werden konnte (vgl. ebd.: 29-51). Die Filmproduktion wurde daher in vielen Ländern durch die öffentliche Hand gefördert.

Um diese besser zu koordinieren und einen internationalen Filmaustausch zu etablieren, organisierte der Völkerbund 1926 den Kinematographenkongress in Paris.²⁷ Ziel war es, sowohl die Produzenten als auch Politiker, Vertreter von staatlichen Institutionen als auch die Lehrfilmpädagogen an einen Tisch zu bringen. Im Anschluss an den Kongress wurde 1928 das Internationale Lehrfilminstitut (ICE) mit Sitz in Rom unter dem Patronat des Völkerbunds eingerichtet (vgl. ebd.: 53-76). Zum Aufgabenbereich des ICE gehörte, einen internationalen Filmkatalog zu erstellen, internationale Zoll- und Einfuhrabkommen auszuhandeln sowie formale Standards zu erarbeiten.

Das Wirkungspotential, das der Film während des Krieges offenbarte, machte ihn zum Aufklärungs- und Belehrungsinstrument par excellence. Deshalb wurde er in die Tradition der Volksbelehrung eingefügt.

Schon seit Mitte des 18. Jahrhunderts hatten sich „aufgeklärte“ Männer darum bemüht, wissenschaftliche Kenntnisse auch bildungsfernen Bevölkerungsschichten zugänglich zu machen. In Frankreich beispielsweise hatte der Bildungspionier Jean Macé die *Ligue de l'enseignement* gegründet und sich für die obligatorische Schulbildung eingesetzt. Theoretisch sahen sich Macé und seine Gefolgsleute, erläutert Valérie Vignaux, in der französischen Aufklärung des 18. Jahrhunderts verankert und sie bezogen sich auf die Autoren der *Encyclopédie*. Ihre Anliegen führten im 19. Jahrhundert zur Popularisierung wissenschaftli-

27 Vgl. Gottlieb Imhofs, Basler Lehrfilmpädagoge, „Bericht über den Kinematographenkongress in Paris 1926“ (1927); vgl. auch Gertiser 2011.

cher Erkenntnisse. Dabei setzten die Volksbildner gern auf die evokative Kraft der Bilder und illustrierten ihre Vorträge mit Lichtbildern, die per *Laterna magica* auf eine Leinwand projiziert wurden (Vignaux 2006: 28). Die didaktische Methode, den „Unterricht durch Zeigen zu erleichtern“, wurde Ende des Jahrhunderts von den Pädagogen aufgegriffen. Früh erkannten einige Bildungspioniere wie Macés Weggefährte Edmont Benoit-Lévy den Nutzen des Films für ihre Bildungsarbeit. Die Kinematographie, die wegen der immer zahlreicher sich etablierenden Lichtspieltheater in derselben Zeit in Verruf geriet und als Volksverführer bekämpft wurde, rehabilitierte sich über die Volksbelehrung.

Das Medium war folglich durch die Kriegspropaganda und die kinoreformerische Debatte so geformt worden, dass es nach dem Krieg zu einem der effektivsten Mittel in der Volksbelehrung avancierte. Dies jedenfalls wurde dem Film als Belehrungsmittel über Jahre attestiert. Da die Mediziner und Gesundheitsbehörden nach der Demobilmachung befürchteten, die Zahl der Infektionskrankheiten werde durch heimkehrende kranke Soldaten steigen, sahen sie die Notwendigkeit breit angelegter Aufklärung gegeben. Hierbei spielte der Kinematograph eine wichtige Rolle. Zum einen liessen sich die neuen medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse wirkungsvoll ins Szene setzen; zum anderen trugen gerade die Mikro- und Detailaufnahmen der pathologischen Symptome zur Medizinisierung der Aufklärung bei.

Bevor ich zu den Filminhalten übergehe, sollen die Massnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem Ersten Weltkrieg zur Sprache kommen.

2.4 Aufklärungskampagnen nach dem Ersten Weltkrieg

Die Beschäftigung mit Geschlechtskrankheiten, zu der das Militär während des Kriegs gezwungen war, hatte auch in der Zivilbevölkerung ein Umdenken gefördert. So sei die Meldepflicht, von Hauser erlassen, kein Tabu mehr gewesen, schreiben Puenzieux und Ruckstuhl (1994: 232). Einerseits zeichneten die in der Kriegssituation ergriffenen Massnahmen den Weg in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor, wie Bruno Bloch in seinem Vortrag 1917 vorgeschlagen hatte. Andererseits war nach dem Krieg eine neue Generation von Ärzten in führenden Positionen, die den Streit für oder gegen die Reglementierung nicht weiterführen wollten; Bloch war einer von ihnen. Für ihn stand das medizinische Problem im Vordergrund und nicht moralische oder ideologische Argumente. Zur neuen Tonart gehörte auch, dass nicht länger Einzelorganisationen unkoordiniert agierten, sondern, dass die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten professionalisiert werden sollte. Dazu war eine Standesorganisation nötig, wie es sie seit 1902 in Deutschland gab – die „Schweizerische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ (SGBG).

Für die Initiatoren, allen voran Bloch, hatte die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nichts an ihrer Dringlichkeit verloren. Das medizinische Debakel während des Krieges und die erwartende steigende Ansteckungsrate führten nach Kriegsende, so Puenzieux und Ruckstuhl, zu verstärkter Zusammenarbeit zwischen Militär und Zivilbehörden. Entsprechend lud Oberst Hauser die Fachärzte, den Vorsteher des eidgenössischen Gesundheitsamtes sowie Armeevertreter am 31. Januar 1918 zu einer Konferenz ein. Das Treffen diente dem Austausch zwischen den Experten, von denen neue Lösungsvorschläge erwartet wurden. Solche wurden zwar keine gefunden, doch immerhin war ein Konsens erreicht worden, der die Position der Ärzte stärkte und den Weg ebnete für eine Standesorganisation (vgl. ebd.: 234-236). Knapp einen Monat später, am 24. Februar 1918, erfolgte die Gründung der SGBG. Wie in den ausländischen Organisationen dominierten auch hierzulande die Ärzte die neue Gesellschaft. Die Sittlichkeitsvereine spielten nur noch eine marginale Rolle, was sich z. B. in der Anzahl der Vertreter zeigte. Im 30-köpfigen Vorstand waren lediglich deren drei. Die Gründung ging einher mit einer neuen Phase der Bekämpfung, die als medizinische Aufgabe aufgefasst und von Medizinern angegangen wurde. Blochs erklärtes Ziel war es, die Geschlechtskrankheiten wie andere Krankheiten zu behandeln und biomedizinische Erkenntnisse in alle Volkskreise zu tragen. Die Aufklärung sollte dazu beitragen, dass Vorurteile abgebaut und eine „Reform der ‚geschlechtlichen Sitten‘“ eingeleitet werde (ebd.: 238).

Im Zentrum des Kampfs stand somit nicht länger die Prostitution, sondern via Prävention die Promiskuität.²⁸ Zwar wurden die Prostituierten weiterhin als Infektionsquelle betrachtet, dennoch war es der Krieg, der zu dieser „gefährlichen Situation“ geführt hatte. Nach Expertenmeinung liessen die heimkehrenden Soldaten die Ansteckungsrate in der Zivilbevölkerung massiv ansteigen, so wie 1495 nach der Auflösung des Heers von Karl VIII. (vgl. Kapitel 1, S. 6). Der Vorstand der SGBG befürchtete eine epidemische Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Zur Abstützung der Argumente wurden Zahlen und Hochrechnungen herangezogen, die entweder aus Statistiken der Nachbarländer stammten oder auf hiesigen übertriebenen Hochrechnungen beruhten. Nicht mehr der Einzelne, sondern *alle* waren, wie bereits erwähnt, durch die Geschlechtskranken bedroht. Ganze Völker, ja Nationen standen in der Gefahr, wie Bloch in Anlehnung an Fournier betonte, zerstört zu werden. Die Geschlechtskrankheiten waren zu einer Volkskrankheit geworden. Prävention hiess nun Verminderung der Volksschäden durch Wissensvermittlung, Ausbau der medizinischen Versorgung, Gesetzgebung und – indirekt Kontrolle der Sexualität.

28 Mit Prävention sind sämtliche Massnahmen zur Verhütung und Vorbeugung einer Ansteckung gemeint. Dazu zählt die Volksaufklärung sowie eine verbesserte medizinische Versorgung. Zur Begriffsklärung vgl. Kapitel 1, Fussnote 4.

Die Zunahme der Ansteckungsrate während des Kriegs wurde stets als Tatsache hingestellt, ohne dass sie hätte belegt werden können.²⁹ Dafür fehlten die Daten, was man auch in der SGBG bemängelte. Sie gab deshalb eine neue Studie in Auftrag. Unter der Leitung von Hubert Jaeger, Assistent von Bloch an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, beteiligten sich rund 75,7 Prozent der Ärzte und 95 Prozent der Spezialisten an der Befragung (1. Oktober 1920 bis 30. September 1921), die vom Eidgenössischen Gesundheitsamt finanziert wurde. Die grosse Rücklaufquote sei ein Indiz für das veränderte, öffentliche Interesse an der Thematik, meinen Puenzieux und Ruckstuhl (1994: 246).³⁰ Ziel der Enquête war die Häufigkeit und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz festzustellen. Während der Erhebungszeit wurden 15'607 Geschlechtskranke gemeldet, davon waren 9018 an Gonorrhö, 6409 an Syphilis und 180 an Ulcus molle (Weicher Schanker) erkrankt. Das heisst, auf 10'000 Einwohner kamen 42 Geschlechtskranke. In Prozenten ausgedrückt waren es rund 4 Promille der Bevölkerung, wobei sich mehr Männer (5,6 Promille) als Frauen (2,5 Promille) infizierten und eher junge Menschen im Alter zwischen 20 bis 29 Jahren (vgl. Jaeger 1922: 30 und 44). Damit waren weniger Menschen geschlechtskrank als im Zusammenhang mit Krieg und der Demobilmachung befürchtet worden waren. In der Einleitung wies Jaeger auf die früheren, aufgebauchten Zahlen hin und mahnte zur Vorsicht, da selbst Blaschkos Angaben, die eine Zeit lang als massgebend gegolten hatten, korrigiert werden mussten (ebd.: 9).³¹

Die Auswertung bestätigte die bisherige Meinung über den Zusammenhang zwischen Urbanisierung und Geschlechtskrankheiten.³² So stellte Zürich 20 Prozent der während der Enquête gemeldeten Geschlechtskranken in der Schweiz, gefolgt von Genf mit 14,2 Prozent und Basel-Stadt mit 10,6 Prozent gegenüber La Chaux-de-Fonds mit 1 Prozent (ebd.: 39). Aufgrund der Aufteilung nach Alter, Geschlecht und Beruf wurden weiterhin die Prostituierten als Ansteckungsquellen (rund 40 Prozent der Ansteckungen) eruiert. Sie wurden aber nicht mehr allein verantwortlich gemacht. 35 Prozent der erkrankten Frauen waren Hausfrauen, Prostituierte dagegen waren nur 2,5 Prozent als geschlechtskrank gemeldet. Von den

29 Schnyder hatte bei seiner Auswertung der Daten aus der ESA bereits darauf hingewiesen, dass diese zu lückenhaft seien und nur ein „verkümmertes Bild der tatsächlichen Verhältnisse“ wiedergäben (Schnyder 1920: 6).

30 Auf Jadassohns Befragung von 1902 hatten die Ärzte ja kaum reagiert; vgl. Kapitel 2.1.2, S. 37 sowie Jaeger 1922: 14.

31 Blaschko resümiert, dass in grösseren Städten fast jeder erwachsene Mann sich mindestens einmal, viele sogar zwei und dreimal mit Gonorrhö infizierten. Er errechnete, dass auf 100 Einwohner 10-12 syphilitisch seien. In Deutschland erkrankten alljährlich circa 5-7 Prozent der Bevölkerung an Geschlechtskrankheiten (vgl. Blaschko 1902: 34; zu Blaschko siehe Weindling 1992). Und in England habe eine amtliche Kommission 1916 geschätzt, dass in den grossen Städten mindestens 10 Prozent der Bevölkerung syphilitisch seien (in: *Das Rote Kreuz* 27. Jg., Nr. 3, 1919: 21).

32 Puenzieux und Ruckstuhl bezweifeln den Aussagegehalt der angeführten Zahlen, denn viele Landbewohner hätten sich in der Stadt anonym behandeln lassen (1994: 248).

verheirateten Frauen wurden wiederum 80 Prozent von ihren Ehemännern angesteckt. Neu war, dass *alle* Schichten von den Geschlechtskrankheiten betroffen waren.³³

Trotz der zu korrigierenden Zahlen hielt sich die Auffassung, dass weite Volkskreise durch die Ausnahmesituation des Kriegs moralisch verwahrlost waren und dass dies korrigiert werden musste. Der Krieg hatte die politische Landschaft in Europa gänzlich verändert. Die Monarchien in Deutschland, Österreich und Russland waren zusammengebrochen. Alle Länder hatten mit grossen humanen und wirtschaftlichen Verlusten zu kämpfen. Die Reparationszahlungen an die Alliierten führten in Deutschland zu einer galoppierenden Inflation und folglich zu Arbeitslosigkeit und zur Verarmung weiter Bevölkerungskreise und Hunger. Vor allem in den Städten war die Situation prekär, was sie einmal mehr zum Ort der sozialen und damit verbunden der sexuellen Unordnung stempelte.

Obwohl die Schweiz vom Krieg verschont geblieben war, war man zutiefst verunsichert. Der Angst vor Machtverlust und Orientierungslosigkeit begegnete man z. B. in Zürich mit einer restriktiven Kulturpolitik. Der Zürcher Historiker Roland Engel nennt als Gründe:

Die legitimen sozialpolitischen Forderungen der städtischen Unterschichten, die sozialen Konflikte, die Zürich von 1916 bis 1919 erschütterten und der sichtbare Bankrott des liberalen Systems angesichts der wachsenden Probleme schreckten Grossbürgertum und Mittelstand aus ihrer selbstzufriedenen Ruhe auf (Engel 1993: 10).

Vor allem Tanz-, Kino- und Vereinsanlässe waren vom verstärkt spürbaren konservativen Geist betroffen. Ins Visier gerieten somit Orte der Geselligkeit und des fröhlichen Zusammenseins, die zugleich als Orte der Verführung, der Aufreizung, des körperlichen, ausschweifenden Genusses aufgefasst wurden. In den Augen der Mediziner war hier die Gefahr der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten besonders gross. Der Bekämpfung der „Volksseuchen“ kam daher eine rekaltibrierende und restituierende Funktion zu: Mithilfe der Aufklärung wurde versucht, das soziale Verhalten zu steuern und zugleich die konservativen Familienwerte wieder zu etablieren.

Im ersten Jahr ihres Bestehens betrieb die SGBG eine systematische Aufklärung. Ziel der Prävention war die Früherkennung und Frühbehandlung. Wurden die Krankheiten früh erkannt, so die Überzeugung, so konnte sie auch leichter geheilt werden.³⁴ Sie gab deshalb ein Merkblatt (verfasst von Max Tièche) und eine Aufklärungsbroschüre (verfasst von Bloch) heraus, die zu Tausenden verteilt geraffte Kenntnisse über die Geschlechtskrank-

33 Auch wenn die neue Erhebung über viel mehr Daten verfügte, konnten Fehler, Doppelzählungen etc. nicht ausgeschlossen werden, so dass sie weiterhin nur ein ungefähres Bild wiederzugeben vermochte.

34 Schwerpunkt des Zürcher Präventionskonzepts war die medizinische Behandlung, allerdings suchte man auch vorbeugend die Ausbreitung zu verhindern, indem Desinfektionsanstalten eingerichtet wurden. Diese richteten sich jedoch nur an die Männer (vgl. ebd.: 250).

heiten in Zirkulation brachten. Auch wenn diese betont medizinisch sachlich abgefasst waren, enthielten sie im Grunde nicht viel Neues. Die SGBG propagierte das Gleiche wie die Sittlichkeitsvereine früher: Enthaltensamkeit. Die Gesellschaft stellte zudem didaktisches Material bereit und liess Mustervorträge ausarbeiten. Im Auftrag der Gesellschaft hielten approbierte Ärzte solche Vorträge, die sie mit Moulagen, statistischen Tabellen und Dias illustrierten. Die Ärzte sollten dadurch Vertrauen schaffen, damit die Menschen nicht aus Scham die Krankheiten verheimlichten. Oder die Menschen würden, was aus medizinischer Sicht ebenso schlimm war, sich gar von einem Scharlatan behandeln lassen, was vielfach verheerende Verschleppungen und Komplikationen zur Folge habe (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 240-243).

Damit sich die Menschen rechtzeitig in Behandlung begaben, mussten sie jedoch die Vorstellungen von einem gesunden und kranken Körper verinnerlichen. Hierbei kam den Aufklärungsfilmen eine wichtige Funktion zu. Denn dank der ihnen immanenten Suggestionskraft seien die bewegten Bilder prädestiniert, stärker ins Bewusstsein zu dringen als ‚blosse‘ Worte. Sie animierten die Zuschauer zur affektiven Teilnahme, so dass das Gezeigte nachhaltiger im Gedächtnis bliebe, wie dies die Filmbefürworter propagierten.

2.4.1 Erfolg oder Misserfolg der Aufklärungskampagnen?

Erst die Gründung der Genossenschaft Schul- und Volkskino (SSVK) von 1921 in Bern machte es möglich, die systematische Aufklärungsarbeit in der Schweiz durch Filme zu erweitern. Die SGBG hatte das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) mit der Organisation der Aufklärungskampagne 1919 betraut, in den Ortschaften selbst waren die dem SRK angeschlossenen Samaritervereine für die Durchführung zuständig.³⁵ Noch während der Konstituierungsphase der SGBG tauchten vermehrt Artikel über die Geschlechtskrankheiten in der Zeitschrift *Das Rote Kreuz* auf, in denen Syphilis und Gonorrhö als Bedrohung für die Gesundheit weiter Bevölkerungskreise und vor allem der zukünftigen Jugend dargestellt sind. Aufklärung mittels Vorträgen, Broschüren oder der Laterna magica waren bewährte Mittel, die in der anlaufenden Aufklärungswelle durch Filme ergänzt oder ersetzt wurden.³⁶ Durch den Krieg hatte sich der Film zunehmend als bestes Propaganda- und Massenkommunikationsmittel bewährt und wurde danach von verschiedenen Ländern zur Belehrung eingesetzt.³⁷ Für den Einsatz im Gesundheitsbereich war die Rockefeller Stiftung

35 Das Schweizerische Rote Kreuz war 1918 als Organisation der SGBG beigetreten. Mit der Mitgliedschaft übernahmen sie auch die Pflicht, die Mitglieder des Roten Kreuzes über die Tätigkeit dieses Vereins zu orientieren (vgl. *Das Schweizerische Rote Kreuz* 1918: 250f.).

36 Aufklärungsveranstaltungen mit Lichtbildern und der Laterna magica sind in *Das Rote Kreuz* Jg. 15, Nr. 9, 1907, S. 212-213; Jg. 15, Nr. 11, 1907, S. 244-245; Jg. 17, Nr. 12, 1909, S. 234 erwähnt.

37 Vgl. hierzu Coissac 1926; Taillibert 1999: 29-51.

in Frankreich Vorbild. Diese Stiftung führte von 1917-1922 mit ihren fahrbaren Projektstionswagen, den *roulettes d'hygiènes*, Aufklärungsveranstaltungen gegen Tuberkulose durch (vgl. Lefèbvre 1991).³⁸

Weil für die Schweiz eine ähnliche Einrichtung gewünscht wurde, engagierte sich der Zentralsekretär des SRK Carl Ischer für den SSVK. Er liess sich sogar in den Vorstand wählen mit der Begründung, dass das SRK dadurch leichter und billiger Material und Apparate für die eigene Aufklärungsarbeit erhalte.³⁹ Des Weiteren rechtfertigte er die SRK-Beteiligung, dass die mit dem Samariterbund durchgeführten Krankenpflege- und Gesundheitskurse nicht zeitgemäss seien, weshalb sich das SRK um die „heutzutage schier unentbehrlich gewordenen beweglichen oder stehenden Lichtbilder“ bemühe:

Gerade für unser Kurswesen eröffnet sich eine schöne Perspektive für die Zukunft. Es wird bei reger Beteiligung an dieser Genossenschaft [SSVK] wohl möglich sein, kinematographische Vorführungen bringen zu können, welche den Nutzen der uneigennützigen Rot-Kreuz- und Samariterarbeit deutlich und eindringlich vorführen (Ischer 1921: 164).

Neben dem Filmverleih und der -herstellung war der Wandervortragsdienst der dritte Tätigkeitsbereich des SSVK (vgl. dazu Gertiser 2011). Mit Hilfe von Kofferprojektoren konnten Vorführungen unabhängig vom Kinosaal an entlegenen Orten durchgeführt werden, wie dies die Rockefeller Stiftung vorgemacht hatte. Bereits im Winter des ersten Betriebsjahrs beauftragte Ischer den SSVK mit der Kampagne. Der SSVK stellte Operateure und Apparate zur Verfügung; vorgeführt wurden Filme und Dias gegen die Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose begleitet von einem Vortrag. Die Sektionen konnten die Filme gegen eine Pauschale von 50 Franken bestellen, während die Dachorganisation die SSVK-Kosten übernahm. Da das Publikum bewegten Bildern grösseres Interesse entgegenbringe als dem theoretischen Wort, solle der Vortrag auf ein Minimum beschränkt werden, wurde den Veranstaltern geraten (Das Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes 1921: 237f). Die Vorträge sollten vorzugsweise von Ärzten gehalten werden, denen nach Bedarf eine textliche Vorlage zugestellt wurde. Die LIGA des Roten Kreuzes, mit Sitz in Genf, stellte das Filmmaterial gratis zur Verfügung.⁴⁰ Die LIGA war Ende der 1910er Jahre geschaffen worden mit dem Zweck, die Volksgesundheit der ganzen Welt in Friedenszeiten zu fördern. Mit der Aufklärungskampagne kam das SRK seinem Teil dieser Aufgabe nach.

38 Bereits die zweite Ausgabe der Monatszeitschrift *Internationale Lehrfilmschau* des Internationalen Lehrfilminstituts (ICE) von 1930 war dem Film als Belehrungs- oder Erziehungsmittel gewidmet. Darin ist aufgeführt, welche Art von Filmen in welchen europäischen Ländern eingesetzt wurden; erwähnt ist auch die Mission Rockefeller in Frankreich (vgl. auch Vignaux 2002: 26).

39 Vgl. dazu das Protokoll der Delegiertenversammlung vom 26. Juni 1921, in: Das Schweizerische Rote Kreuz 1919-1926: 81.

40 Leider ist aus den Akten nicht ersichtlich, um welche Filme es sich während dieser ersten Aktion 1921/22 gehandelt hat. Es sind keine Angaben zu Titel, Produzent oder Land festgehalten.

Voller Zufriedenheit berichtete das Zentralsekretariat gegen Ende der Aktion über die erfreuliche Aufnahme und die begeisterten Zuschriften, die die Bilder bei den Zuschauern ausgelöst hätten (vgl. Das Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes 1922: 27). So zahlreich gingen die Bestellungen der Filme ein, dass das Zentralsekretariat der Nachfrage nur mit Mühe gerecht werden konnte. Im ersten Kampagnenwinter 1921/1922 führte der SSVK rund 220 Vorführungen durch.

Doch die anfängliche Begeisterung wich allmählicher Nüchternheit. Im Winter 1921 hatte die Sektion Solothurn noch angemerkt:

Es zeigt sich immer mehr, dass der Film ein vorzügliches Propagandamittel für unsere Zwecke ist und es wäre sehr zu begrüßen, wenn gelegentlich vom SRK Film, Apparate und Operateure zur Verfügung gestellt werden könnten, damit Vorträge auch in Ortschaften stattfinden könnten, wo keine Kinos bestehen, in Städten aber in Lokalen dem Publikum zugänglich würden, die mehr Menschen fassen können als die Kinos (Section Solothurn in: *Berichte über das Schweizerische Rote Kreuz (1911-1922)*, hier 1921: 87).

1923 – nach nur zwei Vorführwintern – verlegte die LIGA ihr Domizil nach Paris, so dass die Filme nicht mehr zur Verfügung standen. Obwohl das Zentralsekretariat den Erwerb von Filmmaterial und Apparaten längere Zeit diskutierte, sah man aus Kostengründen davon ab. Überhaupt seien Dias für die Vorträge in ländlichen Gebieten besser geeignet als Filme, hiess es plötzlich. Das SRK kündigte daraufhin sein Angebot, so dass nun die Sektionen, wollten sie weiter Filme vorführen, Operateur und Filmmaterial des SSVK selber bezahlen mussten. Anhand der Tätigkeitsberichte ist ersichtlich, dass der Film gegen die Geschlechtskrankheiten viel weniger verlangt wurde als derjenige über die Tuberkulose. Das SRK hatte bei seiner Ankündigung zwar darauf aufmerksam gemacht, dass „der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in diesen Vorführungen äusserst dezent dargestellt ist, so dass er nirgends auch nur den kleinsten Anstoss erregen kann“ (*Das Rote Kreuz* 1922: 237). Dennoch scheint dieses Thema vielen Sektionen zu riskant gewesen zu sein. Erschwerend kam hinzu, dass innerhalb weniger Jahre immer mehr Organisationen auf den Aufklärungsmarkt drängten und das SRK konkurrenzten. Schliesslich musste das SRK der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege das Feld der Volksaufklärung überlassen.

Aber auch die Bevölkerung war der vielen Aufklärung langsam überdrüssig. So hielt die Sektion Schaffhausen 1925 keine Vorträge, weil sich im Publikum allmählich eine gewisse Sättigung in Sachen hygienischer Volksaufklärung zeigte.⁴¹ Und der Zentralsekretär Ischer erklärte in seinem Referat an der Delegiertenversammlung 1926:

Man muss sich auch ausserordentlich hüten, der heutigen übertriebenen Sucht, Aufklärungsarbeit in Hygiene zu treiben, Folge zu leisten: man kann auch da ein Zuviel tun, man schafft

⁴¹ Vgl. den Bericht der Sektion Schaffhausen 1925, in *Tätigkeitsberichte*, Bd. 1922-1930, S. 91.

dadurch aus ernster Arbeit eine Mode, die nicht einmal das Gute hat, dass sie wieder spurlos verschwindet, sondern dass sie das in langen Jahren mühsam aufgebaute Aufklärungswerk, wie es vom Roten Kreuz und vom Samariterbund geschaffen wurde, zerstört und statt zur Gründlichkeit nur zur Oberflächlichkeit führt (Ischer zit. in: *Tätigkeitsberichte (1921-1930)*: 16).

So unvermittelt wie die Geschlechtskrankheiten 1919 Eingang in die Zeitschrift *Das Rote Kreuz* fanden, so schnell verschwanden sie ab 1925 wieder. Die Krebs-, Kropf- oder Tuberkulose-Bekämpfung waren wichtigere Themen, und ab 1928 widmen sich auffallend mehr Beiträge dem Schnapsmissbrauch.⁴²

War nun die Bevölkerung derart gut über die Geschlechtskrankheiten informiert, dass sich eine weitere Beschäftigung mit dem Thema erübrigte? Trotz intensiver und systematischer Volksbelehrung war der Erfolg mehr als fraglich. In seiner Berichtigung der amtlichen Zahlen über die Abnahme der Geschlechtskrankheiten beurteilt Dr. Scherz in *Das Rote Kreuz* die Wirksamkeit der Aufklärungsarbeit kritisch. Das Eidgenössische Departement des Innern habe in *Der Bund* (Nr. 171) Zahlen veröffentlicht, wonach eine weitere Verminderung der Ansteckungsrate zu verzeichnen sei, schreibt er. Gegen diese Anschauung hätten sich Prof. Guggisberg, Chef der Universitäts-Frauenklinik, und Prof. Nägeli, Chef der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bern gewandt. Sie bemängelten, dass laut der Statistik der jährlich in der dermatologischen Universitätspoliklinik behandelten „Venerischen“ die Zahlen von 1926 bis 1927 leicht, von 1927 bis 1928 erheblich, um „beinahe 100 Prozent“ angestiegen seien, so dass derselbe Stand wie 1912 und 1913 erreicht worden sei. Und Scherz resümiert, dass die „wohlgemeinte Aufklärungsarbeit“ der SGBG nicht die „Früchte gezeitigt“ habe, die erhofft worden seien, so dass selbst Fachleute an der „Nützlichkeit dieser Vorträge“ zu zweifeln begonnen hätten. Dagegen hätten die vom Armeearzt nach Kriegsausbruch angeordneten Vorbeugungsmassnahmen (Desinfektion, obligatorische Behandlung für alle Geschlechtskranken und Meldepflicht der Quellen) beim Militär im Prinzip die gesetzten Erwartungen „in vollem Umfange“ erfüllt (Scherz 1928: 163).

⁴² Es scheint, als ob neu das Terrain für den Abstimmungskampf zur Revision des Alkoholgesetzes von 1930 diskursiv bereitet wurde. Für den Abstimmungskampf erstellte die Zürcher Produktionsfirma Praesens-Film einen Propagandafilm, der die Bevölkerung über die Thematik informierte. Regie und Kamera führte Emil Berna, hergestellt wurde eine Langversion und drei Kurzfilme für das Beiprogramm der Kinoauswertung. Der Langfilm GEGEN DEN SCHNAPSMISSBRAUCH wurde in Wandervorträgen, zum Teil vom SSVK bestritten, erfolgreich vorgeführt. Das Schweizer Volk hiess die Revision des Alkoholgesetzes in der Abstimmung von 1930 gut. In der Cinémathèque suisse in Lausanne sind ein Fragment der langen Fassung (ohne Titel) und eine Beiprogramm-Kurzfassung mit dem Titel CONTRE L'ABUS DU SCHNAPS / GEGEN DEN SCHNAPSMISSBRAUCH überliefert (vgl. Zimmermann 2011: 71 sowie Gertiser 2011: 416). Vgl. auch die Akten zur Abstimmung im Bundesarchiv Bern, E 6400 (A); Akzession: 1; Behältnis: 200; Zeitraum: 1923-1930, Dossier 38 zum Propagandafilm gegen Alkohol.

2.5 Aufklärung zur Steuerung sozialen Verhaltens

Aufgebauchte Zahlen, Dramatisierung der Bedrohungslage sowie mangelnder Erfolg der Bekämpfungsmassnahmen – wozu diene dann die ganze Aufklärungsarbeit? Prüft man die von den Mediziner*innen zur Rechtfertigung der zu ergreifenden Massnahmen und Aufklärungstätigkeit angeführten Berichte und Zahlen, so sind Zweifel an deren Richtigkeit angebracht. Und im Nachhinein ist festzustellen, dass es auch nicht zu einer europaweiten Durchseuchung gekommen ist. Haben die Massnahmen vielleicht trotz aller Kritik gegriffen? Oder diene die Dramatisierung der gesundheitlichen Situation anderen Bestrebungen? Genau auf diesen Sachverhalt verweist der Erziehungswissenschaftler Marco Pulver. In seiner Studie zum Aids-Diskurs eruiert er wiederkehrende Topoi, narrative Muster und Bewältigungsstrategien in der Seuchendarstellung. Dazu vergleicht er Seuchenberichte – zu den Seuchen zählt er auch die Syphilis – aus mehr als 2000 Jahren Kultur- und Medizingeschichte (vgl. 1999). Auffallend ist, dass solche Berichte eher Momente der Krise, des sozialen Wandels oder der Wende markieren, denn tatsächlich stattgefundene historische Krankheitswellen.⁴³ Pulver attestiert darum den Schilderungen ein hohes Mass an „Literarizität“ und „Hyperrealität“ (ebd.: 17). Die grossen Seuchendarstellungen, so seine provokative These, sind diskursiv produzierte Ereignisse (vgl. ebd.: 11). Obwohl die historischen Berichte über die Pest, Lepra oder eben Syphilis das plötzliche Auftreten einer zu Beginn noch unbekannten Krankheit vermelden, mit der sich in kurzer Zeit eine grosse Zahl von Menschen ansteckten, lassen sich kaum empirische Belege für eine epidemische Verbreitung der Infektionskrankheiten in den beschriebenen Zeiten finden. Stattdessen folgen die diversen Darstellungen einem narrativen Muster und beinhalten Merkmale, die im Laufe der Zeit modifiziert und erweitert wurden. Der Diskurs über die Seuchen, so seine Hauptthese, diene vielmehr zur Stabilisierung herrschender sozialer Werte und Verhältnisse (vgl. ebd.: 211).⁴⁴ Da Pulver auf die mediale Verbreitung des Seuchendiskurses fokussiert, sind seine Beobachtungen relevant für die Aufklärungsfilme. Denn viele seiner Ausführungen lassen sich direkt mit den Argumenten und Begründungen, die auch in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Umfeld des Ersten Weltkriegs angeführt wurden, vergleichen. Die Übereinstimmungen sind so offenkundig, dass sich seine These auf den Diskurs über die Geschlechtskrankheiten, wie er zu Beginn des 20. Jahrhunderts geführt wurde, übertragen lässt.

43 Ein weiteres, anschauliches Beispiel des Seuchendiskurs' aus der jüngeren Vergangenheit liefert Philipp Sarasin. Seine Untersuchung zum „Bioterror“ mit Antrax-Briefen, die nach dem Angriff auf das World Trade Center vom 11. September 2001 die amerikanische Bevölkerung aufschreckten, ergänzt und bestätigt Pulvers Darstellung (vgl. Sarasin 2004).

44 Pulvers Erkenntnisse bestätigen die Ansichten der (Medizin-)Historiker Corbin (1978), Brandt (1987), Göckenjahn (1989) und Andrew Mendelsohn (2007). Auch sie betonen, dass der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten vor allem auf soziale Aspekte abzielte.

2.5.1 Merkmale des Seuchendiskurses

Archetypisch für die Seuchendarstellung ist der Pest-Bericht des Thukydides (vgl. ebd.: 37f). Thukydides schildert in seiner Beschreibung des Peloponnesischen Kriegs eine Krankheit, die die Bevölkerung von Athen 430 v. Chr. in Angst und Schrecken versetzt hatte. Er erzählt von der „heftigen Gewalt, mit der die Krankheit ausbrach, der Suche nach vorgeblichen Schuldigen, dem Verfall der Sitten, der Aufopferung der Ärzte und Angehörigen“ und von den fatalen politischen und wirtschaftlichen Folgen für die Stadt. Seine Ausführungen zu den Krankheitssymptomen lassen kaum auf die Pest schliessen, stattdessen hat er das Grundmuster „menschlichen Verhaltens angesichts eines kollektiven Dramas“ geschaffen (Ruffié/Sournia 1987: 23). Vergleicht man unterschiedliche Texte von der Antike bis zu Aids am Ende des 20. Jahrhunderts, argumentiert Pulver, so lässt sich ein gewisses kontinuierlich wiederholtes Grundmuster in der europäischen Seuchenliteratur eruieren, wodurch ein Glaube an die Existenz von Seuchen erst produziert wurde (vgl. Pulver 1999: 43).

Für Pulver ist auffallend, dass die Seuchen immer im Verbund mit Hunger und Krieg – dem sogenannten Katastrophenverbund – auftreten und die Darstellungen einem diskursiv tradierten Seuchenschema folgen. Dessen Hauptmerkmale sind: „(1.) Hinweise auf die Unbekanntheit der Krankheit [...], (2.) Eingliederung der Plage in das Konzept des Katastrophenverbunds und (3.) vor allem die Installation der ‚Herkunftsfrage‘“ (ebd.: 72). Aus den Berichten zu schliessen, treten Seuchen vor allem in Ausnahmesituationen auf und gehen einher mit der Verwahrlosung der Sitten. Sie markieren nach Pulver einen *Übergang* von der „seuchenfreien“ zur „Katastrophen“-Zeit, einen Moment der Wende, und dienen als Symbole der diagnostizierten Unmässigkeit von Zeit und Gesellschaft (vgl. ebd.: 42, 211–216). Diesem Muster folgend führte auch Iwan Bloch den Kulturniedergang am Ende des 16. Jh. auf die Syphilis zurück.⁴⁵ Ebenso kann der Erste Weltkrieg als ein solcher Moment der Wende bezeichnet werden, an dem sich die politischen und sozialen Verhältnisse in Europa grundsätzlich verschoben haben.

Demographische Veränderungen und sozialer Wertewandel waren zwar, durch die Industrialisierung beschleunigt, seit längerem im Gange. Doch erst der Katastrophenverbund – die Trias Hunger-Krieg-Seuche – führte vor Augen, dass durch ihn die Grundfesten der Zivilisationen erschüttert worden waren. Den erwarteten Folgen suchten Politiker, Behörden oder andere staatstragende Gruppierungen mit Korrekturen auf gesellschaftlicher, politischer und gesundheitspolitischer Ebene zu begegnen. Dass die Bedrohung eher herbeigeredet, denn real war, bestätigen Jacques Ruffié und Jean-Charles Sournia. Aus historischer Distanz könne vor, während und nach dem Ersten Weltkrieg nie von einer explosionsartigen Ausbreitung

45 Vgl. auch die Analyse von Ruffié/Sournia 1987: 33.

der Geschlechtskrankheiten gesprochen werden, wie dies die Dermatologen mit Bezug auf den Italienfeldzug von Karl VIII. prognostizierten (Ruffié/Sournia 1987: 120). In den Berichten wurden vielmehr gezielt narrative Strategien eingesetzt, um die Aufmerksamkeit der Bevölkerung zu lenken und bei ihnen bestimmte Reaktionen zu provozieren.

Der Seuchendiskurs unterliegt also der Dramatisierung und der Mystifizierung. Für Letzteres macht Pulver die Frage nach der Herkunft – die Seuche kommt immer aus der Fremde – verantwortlich. So werden die Krankheiten typischerweise entweder mit mythischen oder astrologischen Konstellationen in Verbindung gebracht oder in bestimmten historischen Ereignissen verankert, auch dies führt Bloch für die Syphilis vor (vgl. Pulver 1999: 74f., 90). Nach Bloch waren es Kolumbus' Seeleute, welche die Krankheit nach Europa brachten (vgl. I. Bloch 1901: 183).⁴⁶ Wie in Kapitel 1.1.1 dargelegt, verknüpften die Berichterstatter das Auftreten der Krankheiten mit moralischen Kategorien. Nach ihrer Auffassung haben die Menschen gegen Regeln und Normen der Götter verstossen.⁴⁷ Ähnlich argumentierten die Sittlichkeitsvereine, wonach die Geschlechtskrankheiten die Folgen unzüchtigen Verhaltens seien (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 58 und 65f.).

Eine effiziente Strategie, um bei den Menschen Angst und Schrecken vor einer Ansteckung auslösen und ihre Aufmerksamkeit dahin zu lenken, ist die Dramatisierung. Anscheinend hat sich „die apokalyptische Stimmung in einer Bevölkerung, die sich verseucht wähnt, zumeist offenbar nicht *wie von selbst* eingestellt, etwa durch den Anblick von Kranken, Sterbenden oder Toten, sondern [ist] *diskursiv provoziert*“ worden (Pulver 1999: 114, Herv. i. O.). Besonders dazu beigetragen haben Vorstellungen über das „Wie“ und „Unter welchen Umständen?“ die Krankheiten sich übertragen sowie Konzepte zum Krankheitsverlauf und dem „Wesen“ der Krankheiten. Mit Hilfe von Metaphern werden die Zusammenhänge veranschaulicht z. B. in der stufenweisen Verschlimmerung. Nach bis heute geltender Auffassung führt die Syphilis, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird, ganz zwangsläufig nach Ablauf bestimmter Phasen erst in die psychiatrische Klinik und dann unweigerlich ins Grab.⁴⁸ Das ist das Syphilisdispositiv und so steht es in Lexika und Nachschlagewerken, durch die sich das Muster des Verlaufs fortschreibt und weiterverbreitet (vgl. ebd.: 139).

⁴⁶ Dieses Initiationsszenario wurde von etlichen Dermatologen der Zeit wiederholt, u.a. favorisierte auch Bruno Bloch diese Ursprungsidee, vgl. B. Bloch 1919: 6.

⁴⁷ Hierzu führt Pulver Beispiele aus der Bibel wie auch aus der griechischen Mythologie an (Pulver 1999: 80–81).

⁴⁸ Dieser Darstellung widerspricht Pulver, da nur wenige, die sich mit der Syphilis infizieren, tatsächlich eine „Stadieneinteilung [durchlaufen], wie sie noch heute [...] überall beschrieben wird. In den häufigsten Fällen sterben aber die mit Syphilis Infizierten, wie andere auch, aus anderen, sozusagen *alltäglichen* Gründen – noch bevor sich überhaupt irgendein schwerwiegendes Symptom ausgebildet hat“ (ebd.: 142, Herv. i. O.).

Dieses Dispositiv ist auch in den Aufklärungsfilmen dargestellt, wie im nächsten Kapitel gezeigt wird. Entsprechend folgt der Verlauf der schrittweisen Eskalation, wie es Pulver beschreibt, von der anfänglichen Ignoranz und Vernachlässigung der ersten Krankheitsfälle bis zum fast völligen „Verlust gesellschaftlich-kultureller Identität“. Ohne ärztliche Intervention schreitet die Krankheit bös und zerstörend fort. Als effektiv und dramatisierend wirken die Plötzlichkeit, mit der die Krankheiten auftreten, die Schnelligkeit der Ausbreitung und die Zufälligkeit. Es kann jeden und jede jederzeit und unvorbereitet treffen. Das stellt die Seuche als gewaltige Bedrohung dar und schürt existentielle Ängste. Diese Strategie produziert und strukturiert, meint Pulver, „eine *Erfahrung von Katastrophe*“ (ebd.: 175, Herv. i. O.).

Diese Argumentation kommt in den Aufklärungsfilmen stark zum Tragen: sowohl visuell wie narrativ und strukturell. Die Filme bilden einen Teil der Wiederholungsstrategie, wodurch die damit verbundenen Emotionen und Befürchtungen stets erneuert und bekräftigt wurden.

2.5.2 Disziplinierung der Massen

Wenn es sich bei den Seuchendarstellungen eher um fiktive oder diskursiv dramatisierte Ereignisse handelt, stellt sich natürlich die Frage, weshalb das Seuchen-Bedrohungsszenario nach dem Ersten Weltkrieg aufgegriffen und derart hartnäckig wiederholt wurde. Nach Pulver kommt dem Seuchendiskurs vor allem eine soziale Steuerungsfunktion zu. Zum einen kann über den Seuchen-Diskurs die Gruppenzugehörigkeit verhandelt werden. Zum anderen dient er zur Rekalibrierung von Werthaltungen und damit zur Stabilisierung des sozialen Systems.

Pulver stellt in seinem diachronen Textvergleich eine Verschiebung vom Kollektiv zum Individuum, von der Krankheit zum Verhalten der Kranken, vom äusseren Eindringen zur Gefahr von Innen fest. Drangen die Krankheitserreger, wie in den ältesten Text beschrieben, plötzlich von ausserhalb in die Gemeinschaft ein, so tauchten sie im Laufe des 18. und 19. Jahrhundert aus den Tiefen der eigenen Gesellschaft auf. Es war das individuelle Verhalten verknüpft mit den gesellschaftlichen Umständen, das den Einzelnen prädestinierte, an einer Seuche zu erkranken oder nicht. Damit erwuchs das Seuchenrisiko nicht mehr von ausserhalb, sondern von innerhalb der Gesellschaft.

Es gab bestimmte ungesunde Faktoren an bestimmten Orten, die dafür verantwortlich gemacht wurden. Ins Blickfeld geraten waren „Schmutz“ und „Unordnung“, die eine Ansteckung begünstigten, während „Sauberkeit und Ordnung“ mit Gesundheit assoziiert wurden. Die Krankheiten „wohnten“ in den engen, schmutzigen Gassen der Grossstädte, wo die

Menschen nah zusammenlebten, so dass sie sich leicht gegenseitig anstecken konnten. Dieses Erklärungsmuster liegt dem Infektionsdispositiv (wie übrigens der Kinodebatte) zugrunde (vgl. Pulver 1999: 234-235). Und es legt auch nahe, wo die Gefahrenherde zu suchen waren – in den Quartieren mit dem grössten Bevölkerungswachstum, in den Arbeitervierteln und den Wohnstätten der Armen. Wo viele Menschen leben, da hat es Unrat. Gestank, Fäulnis und Übelgerüche waren klare Zeichen des ungesunden Klimas. Weshalb man im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts in zahlreichen Grossstädten begann, Sanierungsprojekte durchzuführen: Wasserversorgung, Abwassersystem, bauliche Vorschriften etc. (vgl. Heller 1979).

Mit den Lebensumständen war die Lebensführung dieser Bevölkerungsschichten untrennbar verknüpft. Für die gehobenen Kreise war das Chaos der Strassen gleichbedeutend mit sozialer Verluderung. Deshalb forderten sie, die Sanierungs- und Hygienemassnahmen immer mehr auf die Menschen und ihren Privatbereich auszudehnen; Reinigungsregeln, Waschanleitungen, Vorschläge zum Lüften und Kehren der Räume wurden erteilt. Besondere Aufmerksamkeit erwuchs der Stubenfliege, die für die Übertragung von verschiedenen Krankheiten verantwortlich gemacht wurde. Aber auch der Staub, in dem, durch Spucken und Auswurf, zahlreiche Erreger nisteten, musste auf ganz spezifische Weise entfernt werden. Nicht trocken, sondern feucht, damit er nicht erneut aufgewirbelt wurde und die Erreger über die Luft wieder in die Atemwege und damit in den Organismus gelangen konnten (vgl. Widmer 1991; sowie Kapitel 2.1.4). Damit diese Vorschriften auch eingehalten wurden, setzten die Behörden in Deutschland eine Gesundheitspolizei ein, die regelmässig Kontrollen durchführte und die Wohnungen inspizierte (vgl. Weindling 1989b). Die Hygienemassnahmen betrafen zunehmend den Intimbereich: Zahnpflege, Körperhygiene, Kleidervorschriften, Schneuzverbot und Enthaltbarkeit. Der Einzelne hatte sich den Vorschriften gemäss zu verhalten, um möglichen Erkrankungen vorzubeugen. Auf diese Weise wurden Techniken des Selbst, im Sinne Foucaults (vgl. 2000), propagiert, vermittelt und eingefordert.⁴⁹

Die Suche nach den Quellen, die Eruierung bestimmter Gruppen oder Einzelner als Krankheitsüberträger führte zu einer Überprüfung der Zugehörigkeit beziehungsweise Integrität der Mitglieder einer Gemeinde und trug zur Erneuerung einer Gruppenidentität bei, indem soziale Ausgrenzungen und gemeinsame Abwehrmechanismen gegen den designierten und demaskierten Unhold provozierte (vgl. Pulver 1999: 119). Im Mittelalter hatten die Leprakranken ihr Kommen mit Geklapper ankünden müssen, damit sich die Gesunden

⁴⁹ Die Vorstellung von Schmutz und sozialer Unordnung verschränkte sich im 18. und 19. Jahrhundert mit Sexualität und zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Rasse. So erachteten einzelne Dermatologen wie Alfred Fournier den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten auch als Kampf zur Erhaltung und Stärkung der eigenen ‚reinen‘ Nation (vgl. Corbin 1993a).

rechtzeitig vor einer möglichen Ansteckung schützen konnten. Es wurden Phantombilder geschaffen und gewisse Personengruppen oder Orte ausgemacht, die als Ursprung/Urheber der Seuche demaskiert werden konnten. Dies machte es leicht, die Urheber und Übeltäter in Randgruppen, bei politischen Feinden oder Aussenseitern zu suchen. Im Fall der Syphilis waren es offenkundig die Prostituierten, die in diese Rolle gedrängt waren.

Seitdem das *ungebändigte Sexuelle* als „Ursache für die schleichende Gefahr einer Zersetzung des Volkes aus dem Innern“ ausgemacht wurde, musste jeder, der nicht „ausreichend Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle übte, fürchten, als Onanist oder Perverser *demaskiert*, denunziert und pathologisiert“ zu werden (ebd.: 267, Herv. i. O.). Die betroffenen Personen wurden ebenfalls für die ‚Syphilisation‘ der Gemeinschaft verantwortlich gemacht und der gesellschaftlichen Verachtung preisgegeben. Die Seuche forderte im doppelten Sinn ihren Tribut. So sind die Kranken in zweifacher Hinsicht Opfer: durch die Krankheit und durch die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Bevölkerungsteilen. Über die Auseinandersetzung mit der Schuldfrage, d. h. über den Mechanismus von Aus- und Einschluss, formierte und festigte sich die Zusammengehörigkeit (basierend auf den gemeinsamen Werten und Vorstellungen) der Mitglieder einer Gesellschaft. Der Seuchendiskurs war somit ein geeignetes Mittel, das bürgerliche Sozial- und Wertesystem zu etablieren, das für alle Schichten gelten sollte. Die andauernde Bedrohung macht Seuchenmythen zu wichtigen Quellen der Orientierung für „die individuelle gesellschaftliche Lebens- oder Überlebensplanung und zu einem machstrategischen Stützpunkt bei der Formierung der Disziplinargesellschaft“ (ebd.: 230).⁵⁰

Über den Diskurs wurden Machtstrukturen aufgebaut. Als Mediziner mussten sich die Ärzte von Berufs wegen mit den Krankheiten und den Kranken beschäftigen. Sie verschrieben Kuren und erteilten Ratschläge. Im Laufe des 18. Jahrhundert wurden sie immer mehr auch mit dem Sammeln empirischer Daten über die Lebens- und Wohnverhältnisse als mögliche Ursachen betraut. Um Gefahrenherde zu erkennen und rechtzeitig Gegenmassnahmen ergreifen zu können, liessen die Behörden diese Faktoren erforschen. Die Ärzte betreuten also nicht nur die Kranken, sondern sammelten zugleich Informationen über deren Leben und das ihrer Angehörigen. Neben Angaben über Geburtsraten, Anzahl Todesfälle und -umstände gaben sie Auskunft über Alter, Geschlecht der Patienten sowie über die Wohnverhältnisse, über Sitten und Gebräuche, Ernährungsgewohnheiten, Arbeit, Klima etc. Dadurch trugen die Mediziner nicht nur ein immenses Wissen zusammen, sondern erarbeiteten sich einen Expertenstatus, der sie unersetzlich machte. Epidemiologisches Wissen ist, so Pulver, zugleich Macht-Wissen, mit dem die Ärzteschaft politische und soziale Entscheide mitbestimmen konnte (1999: 229-233).

⁵⁰ Pulver bezieht sich hier auf Foucaults Ausführungen zur Machtentfaltung und Herrschaftswirkung in *Überwachen und Strafen* (vgl. 1999: 38).

Pulvers Ausführungen helfen verstehen, warum so lange und so vehement über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten diskutiert und gestritten wurde: Es war eine Frage der Macht und Einflussnahme. Sie machen auch klar, dass es bei den Aufklärungskampagnen weniger um die Vermittlung von medizinischen Kenntnissen als vielmehr darum ging, die Bevölkerung zu einem ‚angemessenen‘ Verhalten zu erziehen. Allen beteiligten Dermatologen war klar, dass es nicht genügte, einfach über die Krankheiten zu berichten. Was ein ‚kranker‘, was ein ‚gesunder‘ Körper sei, musste zuerst verinnerlicht werden. Und dies wurde nicht allein an physiologischen Merkmalen festgemacht, sondern weit stärker an kulturellen und historischen Faktoren.⁵¹ Mithilfe des Seuchendispositivs lässt sich ein Gesundheitsbewusstsein aufbauen, das die Lebenseinstellung der Einzelnen und deren Lebensführung zu beeinflussen vermag (vgl. Pulver 1999: 246).

Wiederholtes Anliegen der Dermatologen, die sich in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten engagierten, war jedoch, dass die Krankheit im öffentlichen Bewusstsein wie jede andere Krankheit angesehen werde. Besonders die Syphilis sollte von ihren moralischen Implikationen, dem Konzept der Sünde Gottes befreit und als medizinische Tatsache wissenschaftlich-objektiv dargestellt werden. Damit in den Köpfen der Zuschauer das ‚richtige‘ Bild entstehe, arbeiteten Mediziner und Filmemacher bei der Herstellung der meisten Aufklärungsfilme gegen die Geschlechtskrankheiten zusammen.⁵² Doch wie sieht die von „falscher Scham“ befreite medizinische Darstellung der Geschlechtskrankheiten aus? *Wie* sind die Krankheiten in den Filmen vorgeführt? *Wie* die Symptome ins Szene gesetzt? *Was* wird gezeigt – und was nicht? *Welche* filmästhetischen Strategien werden eingesetzt, um bestimmte Wahrnehmungseffekte und Interpretationsmuster zu bewirken? *Welche* Prozesse der Verinnerlichung – kognitiv oder emotional – werden lanciert? *Inwiefern* prägt die Strategie der Abschreckung, wie sie mit den Moulagen angestrebt wurde, auch die filmische Inszenierung der Krankheitsbilder und des sozialen Verhaltens? Kurz: *Wie* sind die Geschlechtskrankheiten visualisiert und *wie* die medizinischen Befunde popularisiert, damit sie für das breite Publikum verständlich sind und nachhaltig im Gedächtnis haften bleiben? Diese Fragen sind leitend für die folgende detaillierte Film- und Bildanalyse.

51 Ein gutes Beispiel hierfür ist die aktuelle Debatte über die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht, wobei der epistemologische Prozess mittels Bilder und medialer Inszenierung schlanker Menschen geprägt wird. In der prognostizierten Verfettung der Gesellschaft – also einer Erkrankung epidemischen Ausmaßes – lassen sich Merkmale des Seuchendispositiv erkennen.

52 Eine Ausnahme ist DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? von Richard Oswald.

3 Visualisierung medizinischer Befunde

Wie eingangs dargelegt, haben Aufklärungsfilme einen doppelten Auftrag zu erfüllen. Zum einen vermitteln sie das medizinisch-wissenschaftliche Wissen der damaligen Zeit; zum anderen sollen den Zuschauern diese Kenntnisse so nahegelegt werden, dass sie zu einer Verhaltensänderung angeregt werden. Diese doppelte Aufgabe – Belehrung und Erziehung – widerspiegelt sich auch in der Struktur der Filme und in den Darstellungsmodi. In einer ersten Analyse richtet sich das Augenmerk auf die belehrenden Aspekte in Bezug auf das zu vermittelnde medizinische Wissen. Diese Belehrung lässt sich in drei thematische Bereiche unterteilen, die sich je nachdem, ob der Film eher als Lehrfilm gestaltet ist oder als Spielfilm, mehr oder weniger geschmeidig ineinanderfügen. Dies sind zum einen Aufnahmen der Krankheitssymptome sowie von Patientinnen und Patienten, die solche präsentieren, zum anderen Erklärungen zu Ätiologie und Pathogenese und schliesslich fiktionale Episoden, in denen individuelle Krankheitsgeschichten dargestellt werden.

Da es sich beim hier zu untersuchenden Aufklärungsfilm um ein vorwiegend visuelles Medium handelt,¹ ist zu untersuchen, wie das Wissen über die Geschlechtskrankheiten ins Bild gesetzt und die Symptome visualisiert wurden. Dazu werde ich die Handlung der Lehrfilme grob zusammenfassen und auf Unterschiede hinweisen, um danach auf die medizinischen Inhalte und ihre didaktische Vermittlung zu fokussieren. Denn die Krankheitssymptome ‚richtig‘ zu lesen und die Zusammenhänge zwischen äusseren Merkmalen und viszerale Vorgängen zu erkennen, bedurfte einer klaren Lektüreeanleitung, so meine Annahme. Das gilt auch für die Patientenbilder. Sie offenbaren die Folgen am ‚lebenden‘ Objekt. Doch sowohl *Mise en Scène* wie Aufnahmetechnik gestalten die Bilder in einer Weise, die ihren denotativen Aussagewert überformt. Die Inszenierung der Geschlechtskrankheiten sowie die durch das technische Verfahren bedingte filmästhetische Gestaltung bilden daher weitere Schwerpunkte. Den abschliessenden Teil leitet wiederum eine kurze inhaltliche Übersicht der teil-fiktionalen Filme ein, bevor ich auf die Visualisierung der in ihnen vorgeführten Krankheitssymptome eingehe. Anders als in den Lehrfilmen sind da nämlich Syphilis oder Tripper in kurze Spielhandlungen eingebettet. Nicht anonyme Menschen erkranken, sondern die Figuren selbst ‚führen‘ die Merkmale vor. So fragt es sich,

1 Der grösste Teil sind Stummfilme.

inwiefern diese Einbindung wissenschaftlicher Fakten in fiktionale Episoden die Bedeutung der medizinischen Sachverhalte verschiebt.

In der Einleitung (S. 28 f.) habe ich herausgearbeitet, dass die Verflechtung medizinischer Befunde mit individuellen Geschichten, also der Wechsel zwischen Lehr- und Spielfilm, für die Aufklärungsfilme meines Korpus charakteristisch sind. Übereinstimmend finden sich narrative Elemente wie die Familieninfektion, die Darstellung einer Chronologie der Krankheitsentwicklung sowie explizite Aufrufe zu adäquater Lebensführung. Besonders charakteristisch sind die teil-fiktionalen Filme, weil sie sowohl grosse Anteile von lehr- wie von fiktionalen Episoden enthalten: *FALSCHER SCHAM*, *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*, *FEIND IM BLUT* und *ON DOIT LE DIRE*. Obwohl der Letzte ein Zeichentrickfilm ist, kann er dazu gezählt werden, enthält er doch neben den gezeichneten Figuren reale, medizinische Aufnahmen. Daneben sind auf der einen Seite die medizinisch-dokumentarischen Lehrfilme wie *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*, in denen es wenige fiktionale Episoden gibt. Hierzu gehören auch *GEISSEL DER MENSCHHEIT*, *ANGEBORENE SYPHILIS*, *UNE MALADIE SOCIALE* und *LES MALADIES VÉNÉRIENNES*. Auf der anderen Seite sind die ‚reinen‘ fiktionalen Filme wie *LE BAISER QUI TUE* und *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, deren Belehrungsteil nur kurz ist. Beide Filme suchen stattdessen, die Zuschauer auf der emotionalen Ebene anzusprechen. In der Einleitung habe ich ausserdem erwähnt, dass *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* exemplarisch bezüglich des Präsentationsmodus‘ medizinischer Befunde, der Gliederung auch der didaktischer Darbietung war. Deshalb liegt er der folgenden allgemeinen Inhaltsbeschreibung zugrunde.

3.1 Der medizinisch-dokumentarische Aufklärungs-Lehrfilm

Die Geschlechtskrankheiten und ihre gesundheitlichen Folgen waren seit Jahrzehnten ein Thema, das in den 1920er Jahren vermehrt in Filme aufgenommen und weitergeführt wurde.² Während die Debatten um die Jahrhundertwende auf das Sozial- beziehungsweise Sexualverhalten abzielten, dominierten in den Lehrfilmen die medizinischen Sachverhalte: Präsentation der Krankheitssymptome und Erläuterung der Krankheitsverläufe. Neu war, diese Befunde mittels bewegter Bilder einem breiten Publikum nahezubringen. Die Herausforderung lag darin, diese Aufnahmen, die aus dem medizinisch-wissenschaftlichen Kontext stammten, für Laien verständlich zu machen. Da scheint es naheliegend, das Ungewohnte in Beziehung zu Bekanntem sowie die Erläuterung der Pathogenese in eine stufenweise

² In einigen Ländern hatte man bereits in den 1900er Jahren damit begonnen, die Bevölkerung mittels Filmen über unterschiedliche Themen der Hygiene, Landwirtschaft etc. zu informieren (vgl. dazu Dahlquist 2008.)

Abfolge von Ereignissen zu setzen, die einem gewohnten narrativen Muster – der Invasion – folgt: die Infektion, das Eindringen der Erreger von aussen nach innen, die Ausbreitung – vom Einfachen zum Komplexen – vom Ansteckungsort auf den ganzen Körper via Transportsystem Blutbahn. Trotz der Anleihen aus anderen Fachbereichen (wie der Literatur etwa) sollte die Darstellungsweise dem Wunsch entsprechen, die Geschlechtskrankheiten von früheren mythischen Vorstellungen und moralischen Stigmatisierungen zu befreien, und ist daher dem Duktus objektiv-wissenschaftlich verpflichtet.

Dank der medizinischen Forschung, den Entdeckungen der Erreger durch Neisser (1879, Gonokokken, die Erreger des Trippers) und Schaudinn / Hofmann (1905, *Spirochaeta pallida*, die Erreger der Syphilis) waren die Bakterien bildlich darstellbar geworden. Da sie im Grunde abstrakt und von blossem Auge unsichtbar waren, ging es darum, ihnen Gestalt zu geben. In *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* hilft einerseits der Grössenvergleich, die Dimension einer Gonokokke (Durchmesser $\sim 1 \mu\text{m}$) zu erraten. Andererseits orientieren sich die schematischen Darstellungen der Erreger an bekannten Formen. So ähneln die Gonokokken Kaffeebohnen, da sie paarig auftreten, während die *Spirochaeta pallida* aufgrund ihrer spiraligen Erscheinung winzigen weissen Schlangen gleichen, die sich ins Körperinnere winden.

Die Infektion des Trippers, im ersten Teil des Films, wird zuerst anhand eines schematisch gezeichneten Beckenaufschnitts inklusive innerer Organe beim Mann erläutert. Am Ausgang der Harnröhre sind die Gonokokken als schwarze, kaffeebohnen-ähnliche Punkte eingezeichnet. Laut Zwischentitel „wandern“ die Erreger durch die Harnröhre in den Körper ein und „befallen“ nacheinander: Vorsteherdrüse, Harnblase, Harnleiter, Nieren, Hoden und Nebenhoden. Die Entzündung breitet sich immer weiter aus, greift auf die Schleimhaut der Blase über und steigt via Harnleiter in die Nierenbecken und Nieren. Gelangen die Erreger erst einmal in den Blutkreislauf, werden sie durch den Strom fortgeführt, im ganzen Körper verteilt, so dass sie sämtliche Gelenke befallen und innere Organe entzünden können. Diese Entwicklung bestätigen Bilder, Detailaufnahmen erkrankter Organe oder von Patienten. Zudem, heisst es, könne mangelnde Hygiene zur Infektion der Augen führen. Dem Text folgen die Aufnahmen einer Frau mit Augentripper, die in die Kamera blinzelt. Sie sucht die Augen, die von zähem Ausfluss verklebt sind, krampfhaft zu öffnen. Ferner manifestieren sich die Folgen des Trippers geschlechtsspezifisch, bei der Frau verheerender als beim Mann. Auch hier veranschaulichen schematische Zeichnungen der Geschlechtsorgane den Verlauf, die Entzündung und Vernarbung der Eileiter, was zur Sterilität führen kann. Erklärung und Darstellung analogisieren die Erkrankung also auch auf der Mikroebene mit militärischen Operationen wie die Invasion der Feinde, Okkupation der inneren Organe, und dramatisieren sie: von einer harmlosen Ansteckung zu den schwerwiegenden Entzündungen.

Der zweite Teil von *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* ist der Syphilis gewidmet. Da sie als gefährlicher und heimtückischer als der Tripper gilt, ist ihre Darstellung betont detailliert und mit zahlreicheren Beispielen illustriert. Auch bei ihr erfolgt die Infektion von aussen nach innen – über die Haut.³ Animierte Zeichnungen demonstrieren den Vorgang. Weisse Schlängelchen gelangen durch einen Hautdefekt in den Körper, entzünden den Eintrittsort, bevor sie sich in eine Blutbahn bohren und sich von da im Körper ausbreiten. Danach folgt der Verlauf entlang der drei Krankheitsstadien: Den Primäraffekte belegen Nahaufnahmen von Lippen (Abb.1), Kinn- und Halspartie;⁴ das sekundäre Stadium prägen nässende Stellen am Körper, flechten-ähnliche Papeln an Armen und Beinen sowie Entzündungen und Geschwürbildungen im Rachen; im tertiären schliesslich können Tabes dorsalis (Lähmungen des Bewegungsapparates) und Paralyse (Hirnerweichung) auftreten.



Abbildung 1: Primäraffekte an Lippe und Zunge in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*.

Dazwischen meldet sich immer wieder die ‚Stimme‘ der Mediziner, die eindringlich davor warnt, die Symptome zu missachten, die Krankheit nicht ernst zu nehmen. Nur wer sich rechtzeitig behandeln lasse, könne gerettet werden. Gleichsam zur Vergewisserung sind Ärzte bei der Arbeit zu sehen. So bestreicht ein Mann im weissen Kittel einen Objektträger mit Eiter, um danach das Präparat unter dem Mikroskop zu betrachten. Dieses Verfahren dient zum Nachweis der Gonokokken, während die Syphilis mit der Wassermann’schen

- 3 Philipp Sarasin weist darauf hin, dass diese Darstellungsweise mit der Metapher korrespondiert, die das Bakterium als Feind taxiert: „Seit der ersten Cholera-Epidemie der frühen 1830er Jahre etablierte sich das Wahrnehmungsmuster, dass ‚die Seuche‘ durch Migrations- und Handelsbewegungen von aussen, genauer noch: aus dem Osten, ‚eingeschleppt‘ werde“ (Sarasin 2007: 448).
- 4 Einzig in *ANGEBORENE SYPHILIS*, nach Zensurakte für ein Fachpublikum bestimmt (vgl. Filmprüfstelle Berlin, Prüfnummer: 14154, 22.11.1926), sind die Primäraffekte an den Genitalien gezeigt, wo sie zu über 90 Prozent auftreten. Auf diesen Punkt komme ich bei der Betrachtung des Kusses als Szenario der Ansteckung zurück.

Reaktion diagnostiziert wird. Hierzu wird Blut entnommen – auch dies ist im Film gezeigt – und die Probe anschliessend im Labor durchgeführt. In *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* demonstriert zudem ein Mediziner die Hygienevorschriften im Umgang mit Geschlechtskranken: Händewaschen und Desinfizieren der Leibwäsche. Nicht zuletzt warnen Zwischentitel vor den Kurpfuschern, die ihre Heilkünste anpreisen und schnelle Besserung versprechen, wodurch die Krankheiten erst verschleppt würden – mit katastrophalen Folgen.

Die aus *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* eruierten inhaltlichen, strukturellen und didaktischen Elemente finden sich auch in den anderen Lehrfilmen, mehr oder weniger ausgeprägt. Durch Wiederholung haben sie sich zu Schemata gefestigt und zu Stereotypen der Darstellung und Narration ausgebildet. *GEISSEL DER MENSCHHEIT* und dessen Schweizer Fassung *DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN* weisen einen praktisch identischen Aufbau auf. Die Filme beginnen ebenfalls mit einem Grössenvergleich, als Differenz zwischen einem Streichholzkopf und dem Mount Everest inszeniert. Mehr Gewicht erhält das Thema der Sterilität infolge unbehandelter Gonorrhö. Ausserdem stammen die nachgestellten Szenen im Labor⁵ und in der Praxis⁶ aus *FALSCHES SCHAM*. Auf die hereditäre Syphilis wird zum Schluss ein besonderes Augenmerk gelegt. Nach dem Anblick eines syphilitischen Säuglings, dessen Gesicht durch einen Hautausschlag entstellt ist, schleppt sich ein Jugendlicher mühsam an Stöcken durchs Zimmer und führt so das ‚Erbe‘ seiner Eltern vor. Hätte sich die Mutter behandeln lassen, heisst es im Zwischentitel, wäre das Kind gerettet worden. Dagegen demonstrieren zwei keck in die Welt schauende Kleinkinder, welche Wunder die Salvarsan-Behandlung zu bewirken vermag.

Im Gegensatz zu den deutschsprachigen Lehrfilmen, in denen die Krankheitsverläufe schrittweise vorgeführt sind, konzentrieren sich die französischen auf die Syphilis und ihre sozialen Aspekte. Die Gonorrhö ist praktisch ausgespart. So beginnt *UNE MALADIE SOCIALE* gleich mit der Präsentation syphilitischer Ausformungen. Patienten defilieren quer zur Kamera vor einer Wand und führen so die Einschränkungen ihrer Mobilität vor. Anschliessend sind sie in Grossaufnahme frontal und von der Seite porträtiert. Wiederum sind die Folgen für die Nachkommenschaft als die schlimmsten dargestellt: körperliche Defekte, Debität und Idiotie. Sämtliche schwerwiegenden Erkrankungen, seien sie organisch oder mental, werden auf die Erbsyphilis zurückgeführt. Erst danach folgt die Erläuterung mittels Zwischentitel, illustriert anhand von Moulagen der nachgebildeten Symptome sowie Patientenaufnahmen. Nicht die Wissensvermittlung entlang des chronologischen Krank-

5 Zu sehen ist der Sanitätsrat, gespielt vom Regisseur Rudolf Biebrach, wie er einen Objektträger für die mikroskopische Analyse des Trippers präpariert.

6 Derselbe Sanitätsrat unterrichtet seinen jungen Kollegen und Patienten, gespielt von Olaf Storm, über die rechtliche Situation der Geschlechtskranken.

heitsverlaufs, sondern die medizinische Versorgung steht hier im Zentrum. So ist den Ärzten, mehr als in den deutschsprachigen Filmen, eine Plattform geboten, sich als Vertrauensperson der Patienten, ihre Arbeit in der Praxis und im Labor sowie die medizinische Forschung vorzustellen. Darauf fokussiert insbesondere *LES MALADIES VÉNÉRIENNES*.

3.2 Das didaktische Dispositiv – Strategien der Wissensvermittlung

Was an den oben beschriebenen Filmen auffällt, sind die zahlreichen Zwischentitel sowie die Fülle disparater Krankbilder. Die Anordnung – Zwischentitel vor Bild – impliziert ein hierarchisches Prinzip, wonach die Bilder durch den Text vorbestimmt sind. Dies ergibt eine syntaktische Struktur, die, typisch für den Lehrfilm, auf die Vermittlungspraxis der Schule rekurriert. Nach dem zugrunde liegenden didaktischen Konzept ist in den „Zwischentiteln versprochen, was durch die Bilder veranschaulicht“ wird (Kreimeier 2005: 97). Das heisst, in den Aufklärungs-Lehrfilmen dominiert – im Unterschied zu den fiktionalen Aufklärungsfilmern – das Wort gegenüber dem Bild. Dieses Muster verlangt eine spezifische Lektüre, wie sie in der Schule, in Vorträgen u.ä. eingeübt wurde. Ebenfalls der Schulpraxis entlehnt sind Grafiken, Piktogramme, erklärende Zeichnungen etc. Sie dienen dazu, komplexe Sachverhalte wie beispielsweise den Zusammenhang zwischen Erreger und Entzündungen zu vereinfachen und zu verdeutlichen. Denn einerseits widersprechen Komplexität und Uneindeutigkeit der Aufklärung, hat doch das Dargestellte einfach und unmissverständlich zu sein. Andererseits sind diese didaktischen Codes bekannt, die den belehrenden Lektüremodus evozieren und steuern. Die genannten Merkmale konstituieren das didaktische Dispositiv, das nach Ramón Reichert typisch für den Lehrfilm ist und zugleich den „gelehrigen“ Blick der Zuschauer auf das Gezeigte initiiert.

Konkret heisst das: im Lehrfilm konfiguriert sich ein Dispositiv bestehend aus der Disziplinarordnung Schule (Tafel, Klassenraum, Lehrer-Schüler-Verhältnis, Reglementierung, Bewegungsverbot, Bedürfnisaushub, Widerstand, Schönschrift), der medialen Überlegenheit der Schrift (Kodifizierung, Typographie, Definitionsmacht) und der Kamera als Apparat der Blickführung (Drill, Abrichtung, Lenkung, Kontrolle). Wissenskonstruktion und -kontexte als Dispositiv zu erfassen heisst, Wissen als strukturelle Anordnung seiner wesentlichen in Verbindung zueinander stehenden Elemente zu analysieren (Reichert 2007: 47).

Mit dem Dispositiv lässt sich nach Reichert nicht nur die filmische Informationsvermittlung analysieren, sondern auch die Perzeption und Rezeption nachzeichnen, weil sie eingeübten

Mustern folgt. Daher soll auf dieses Zusammenspiel zwischen Wort und Bild, zwischen didaktischer Führung und Rezeption näher eingegangen werden.

Mit der Einführung des didaktischen Settings scheint dieses Zusammenspiel verschiedener Elemente berechenbar, die Zuschauerreaktionen vorhersehbar. Dennoch stellt sich die Frage, ob sich Perzeption und Rezeption der Aufklärungsfilme tatsächlich so eindeutig festlegen lassen. Sind Intention und Effekt identisch? Lassen sich die Bildinhalte auf den ihnen zugewiesenen Part der Illustration reduzieren, so dass sie keinen Eigenwert bilden? Die Aufklärung gegen die Geschlechtskrankheiten zielt nicht allein auf die Wissensvermehrung, sondern ebenso auf die Änderung des individuellen Verhaltens. Die Menschen sollen über die Wissensvermittlung zur Selbstbeobachtung animiert und zu Techniken der Selbstkontrolle geführt werden. Dafür muss das Dargestellte das Publikum so erreichen, dass die Eindrücke nachhaltig im Gedächtnis haften bleiben. Aber ist dies allein durch das vorgegebene didaktische Modell möglich? Die Befragung des Materials führt somit in zwei Richtungen: Wie wird das wissenschaftliche Wissen über die Krankheiten generiert? Und welche Erkenntnisse lassen sich aus dem Dargestellten erschliessen?

3.2.1 Etablierung des pädagogischen Instrumentariums

DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN ist wie ein Vortrag aufgebaut, in ihm sind sämtliche didaktischen, narrativen und gestalterischen Mittel eingesetzt, die für den Lehrfilm typisch sind (vgl. Jacquinet 1977; Reichert 2007). So lanciert der Titel gleich am Anfang das Thema und evoziert dadurch den medizinisch-wissenschaftlichen Kontext. Die in den Credits aufgeführte *Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* verankert das Werk institutionell und verleiht ihm einen Vollmachtstatus. Die beiden Mediziner, Nicholas Kaufmann und Curt Thomalla, die auch das Drehbuch verfasst haben, weisen sie als extrafilmische Wissensinstanz aus. Kraft der institutionellen beziehungsweise fachlichen Autorität garantieren beide den Wahrheitsgehalt des Gezeigten. Zwischentitel liefern das medizinisch-wissenschaftliche Wissen, das die nachfolgenden Bildstreifen illustrieren (also: Text-Bild-Kongruenz).

Gleich zu Beginn wird das didaktische Instrumentarium eingeführt und am Größenvergleich die Lektürewise demonstriert. Es sind Hilfsmittel, die der Schulpraxis entlehnt sind, Hinweissignale (z. B. Pfeile), Beschriftungen, schematische Zeichnungen, Ausschnitte oder extreme Vergrößerungen. Zu den didaktischen Werkzeugen zählen auch filmische Gestaltungsmittel wie Masken, Trick, Zeitlupe und Zeitraffer. Ein Teil davon wird am Anfang des Films eingesetzt, was den pädagogische Lektüremodus aktiviert. Im Zwischentitel steht also, dass Geschlechtskrankheiten durch mikroskopisch kleine Lebewesen (Mikroorganismen)

verursacht werden. Die Winzigkeit dieser Organismen ist mit einem kaum erkennbaren Strich dargestellt, um den sich eine 1000-fach längere Linie spiralig wickelt. Wofür Strich und Spirale stehen, macht aber erst die Beschriftung klar. Zuerst lenkt und fokussiert ein Pfeil die Aufmerksamkeit auf das Strichlein, dann folgt die Schrift: „Gonococcus Neisseri“, die den Erreger benennt. Motiviert durch den belehrenden Lektüremodus stellt der Zuschauer eine semantische Verbindung zwischen Text und Bild her und überträgt den Sinn auf das Objekt. Die Einblendung der Schrift überlagert die filmische Handlung und drängt sich als Informationsträger in den Vordergrund (vgl. Reichert 2007: 139). Diese spezifische Einführung etabliert das didaktische Dispositiv, wonach die Lektürewise eingeübten Mustern folgt.

Die zentrale Funktion der Zwischentitel wird klar, wenn man sich DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN ohne sie vorstellt. Der Film zerfiel in Einzelbilder, deren Inhalt nicht eindeutig, deren Abfolge wirr bleiben würde. Den Zwischentiteln obliegen somit mehrere Aufgaben. Erstens bestimmen sie, wie erwähnt, den Aussagegehalt der Bilder. Zweitens verleihen sie den Filmen die narrative Form. Das heisst, sie organisieren die Informationen intratextuell und ordnen das Bildmaterial. Drittens lenken sie die Aufmerksamkeit der Zuschauer und damit die Lektüre (siehe Abb.2).

Die Zwischentitel ordnen also das Bildmaterial und zementieren es zu einem narrativen Ganzen. Die deutschen medizinisch-dokumentarischen Aufklärungs-Lehrfilme beispielsweise ‚erzählen‘ die Pathogenese von Tripper und Syphilis alle nach demselben Muster. So beginnen sie den Belehrungsgang mit der Gonorrhö und zwar am Anfang der Erkrankung (Abb. 2). Das Eindringen der Gonokokken in den Körper wird anhand von Trickzeichnungen erklärt. Zwischentitel, schematische Zeichnung, Pfeil und Beschriftungen synchronisieren die Informationsvermittlung. Schwarze, als Kaffeebohnen dargestellte ‚Erreger‘ erscheinen am äussersten Ende des Penis, dann bewegen sie sich die Harnröhre hinauf, gleiten von Organ zu Organ, wobei diese jeweils kurz darauf anschwellen. Der Weg der Infektion erfolgt von aussen nach innen, von den peripheren Organen zu immer zentraleren, wobei das Blut als Transportmittel dient. Die Patientenaufnahmen des Neugeborenen oder der Frau mit Augentripper bestätigen und konkretisieren am Ende die Folgen der Erkrankung. Text und Modelle erläutern den Zusammenhang zwischen dem Eindringen der Bakterien und Unfruchtbarkeit. Wie die Krankheit tatsächlich ‚aussieht‘, können nur die Bilder der Kranken zeigen.

Analog ist die Syphilis vorgeführt. Auch hier erfolgt der Übertragungsweg von aussen nach innen, wobei nicht das Eindringen via Geschlechtsteile im Vordergrund steht, sondern – eine Stufe abstrakter, auf Mikroebene – die Epidermis als Grenzmedium zur Umwelt. Wie beim Tripper haben die *Spirochaeta pallida* eine physische Form, die kleinen Schlangen

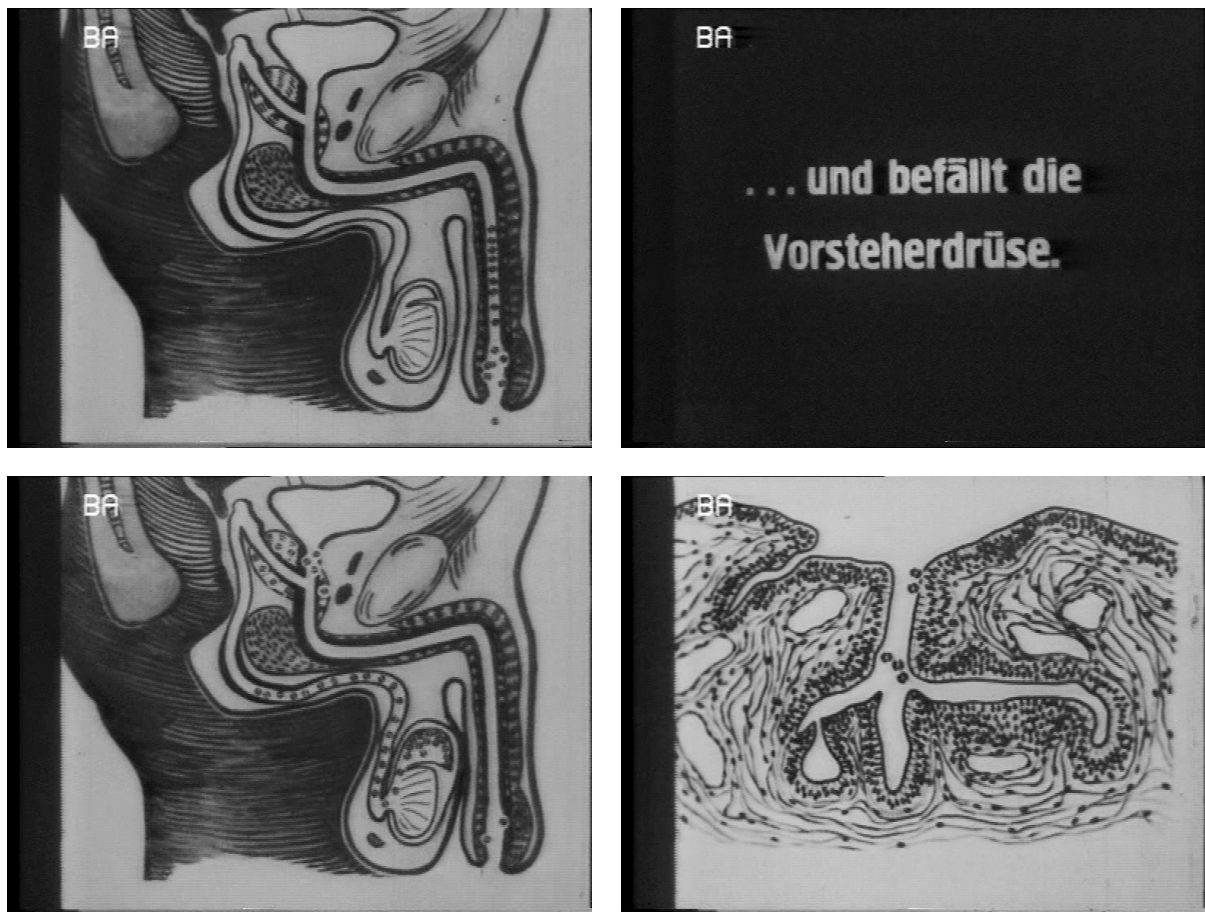


Abbildung 2: Erklärung der Ansteckung mit Gonokokken am Beispiel des Mannes in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*. a) Eindringen der Erreger (als Kaffeebohnen dargestellt) in die Harnröhre, b) erklären-der Zwischentitel, c) Befall der Vorsteherdrüse, d) Detailaufnahme des Gewebes.

ähneln und sich an defekten Stellen in das Körperinnere winden. Die ‚Erzählung‘ folgt dem Krankheitsverlauf, beginnend beim Primär-, dann Sekundär- und Tertiärstadium, bis schliesslich hin zu den Nachkrankheiten Paralyse und Tabes dorsalis. Jedes Stadium ist gekennzeichnet durch spezifische physische Ausgestaltungen der Symptome. Nachgestellt sind die Patienten mit Hérédo-Syphilis; sie bilden den Schluss- und ‚Höhe‘-punkt der Belehrung.

3.2.2 Erläuterung via Schemata und Animation

Bei den Grafiken und Trickzeichnungen, die ohne vorangehende oder sie überlagernde Erläuterungen nicht verstanden würden, modellieren Inszenierung und Bewegung die faktische Aussage. Dies tritt besonders anschaulich bei der Infizierung der Syphilis sowie den

Visualisierungen statistischer Daten hervor. Mit Reicherts didaktischem Dispositiv lässt sich dieser Prozess nicht abschliessend erklären. Vielmehr setzt die Verknüpfung von filmischen Inhalten mit Erfahrungs- und Weltwissen Lesegewohnheiten voraus, wie sie für den Spielfilm gelten. Odin zufolge initiieren Titel und Credits wie in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* den dokumentarischen beziehungsweise den pädagogischen Lektüremodus. Dieser wird begründet durch die „präsupponierte Realität des Enunziators“ und nicht durch die Realität des Dargestellten (Odin 1990: 130).⁷ Das semiopragmatische Konzept der Enunziation geht auf Christian Metz zurück, der damit den Akt des Aussagens, der im Text inkarniert ist, meint (vgl. Metz 1994). Im Fall von *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* fungieren die beiden Autoren und ‚realen‘ Ärzte Kaufmann und Thomalla sowie die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Auftraggeberin, als reale Enunziatoren. Trotz dieser expliziten Zuweisung und der programmatischen Lektüreanweisung, darauf weist schon Odin hin, ist der Lektüremodus nicht ausschliesslich. Je nach filmimmanenten Hinweisen kann er diskontinuierlich – „bald auf der einen Ebene, bald auf der anderen; bald auf fortgesetzte Weise, bald auf äusserst punktuelle Weise“ – funktionieren (Odin 1990: 133).

Obwohl in den Aufklärungsfilmen die didaktischen Codes eingesetzt und der „belehrende“ Blick des Zuschauers etabliert wird, initiieren sie selbst ein Pendeln zwischen verschiedenen Modi. In *GEISSEL DER MENSCHHEIT* wird dies anhand der Trickaufnahmen, in denen das Eindringen der *Spirochaeta pallida* in den menschlichen Körper erklärt ist, deutlich. Eine anonyme Männerhand skizziert in wenigen Strichen geschickt die x-fach vergrösserte Epidermis. Jede Schicht wird beschriftet, dann verschieden schraffiert, um den Aufbau zu verdeutlichen. Eine Faltung des Blattes, und schon liegen eine gesunde und eine kranke Epidermis aufeinander, so dass die *Spirochaeta pallida* eindringen können. Trotz der Verdeutlichung bleibt das Haut-Bild abstrakt, während Form und Bewegung der Erreger Erfahrungswissen wachrufen. Während das lautlose Gleiten der Kaffeebohnen-Gonokokken eher unheimlich wirkt, weil von Geisterhand gelenkt, erinnern die Wind- und Schraubbewegungen der Syphiliserreger an sich vorwärts bewegende Schlangen, die aktiv, und damit aggressiver, das Körperinnere heimsuchen. Zudem haften ihnen Konnotationen wie ‚heimtückisch‘ und ‚giftig‘ an, Zuschreibungen, die die Wahrnehmung der Bakterien beeinflussen. Die aufgerufenen Assoziationen und das unaufhaltsame Vordringen in den Organismus lösen darüber hinaus einen psychischen Schauer aus, so dass sich im Akt der Lektüre die abstrakten Formen mit den somatischen wie affektiven Sensationen der Zuschauer verbinden. Im Prozess der Verdeutlichung und Vereinfachung komplexer bio-

7 Dagegen konstruiert der Zuschauer beim fiktivisierenden Lektüremodus ein fiktives „Ursprungs-Ich“ und interpretiert das Dargestellte als der Fiktion angehörend (vgl. Odin 1990: 127-131).

physischer Vorgänge transformieren sich also die Inhalte und entfernen sich vom objektiven, medizinisch-wissenschaftlichen Gehalt.

Welcher Lektüremodus „punktuell“ vorherrscht, liegt an den Anweisungen der „kinematographischen Institution“ (vgl. Odin 1990: 135). Oder wie es Christian Metz ausdrückt: „[Der Zuschauer] sieht einfach Bilder“. Im Moment des Schauens denke er nicht im geringsten an die Bilder-Macher (Metz 1994: 19), sondern überlässt sich der medialen Führung. Er kann nicht anders als den intratextuellen Hinweisen zu folgen, die gelernt und verinnerlicht sind. Sie basieren auf Rezeptionsvorlagen, die durch intertextuelle Genregewohnheiten erworben, spezifische Erwartungen evozieren (vgl. Schweinitz 1994). Das gilt auch für die Lektüre der graphischen Elemente.

Um den durch die Geschlechtskrankheiten verursachten volkswirtschaftlichen Schaden ähnlich effektiv vor Augen zu führen, griffen die Filmemacher auf ein bewährtes Darstellungsmittel zurück: Grafiken und Tafeln. Aber bereits an der Dresdener Hygiene-Ausstellung von 1911 wurden die demographischen Daten nicht einfach aufgelistet. Das Zahlenmaterial wurde visuell gestaltet, in Grössenverhältnisse gesetzt oder in Symbole transformiert. Die statistischen ‚Kurvenlandschaften‘ dienten dabei nicht einfach der Verbildlichung von quantifizierten Daten, sondern der Einübung und Praktizierung eines statistischen Blicks auf Krankheit und Gesundheit. Anhand der Grafiken wollte man, so die Absicht von Karl Lingner⁸ und seinem Chefstatistiker Eugen E. Roesle, dem Publikum in volkstümlicher und doch wissenschaftlich einwandfreier Form ‚absolut Feststehendes‘ vorführen (vgl. Nikolow 2001: 226-227). „Während die Besucher im ‚wirklichen‘ Leben Krankheit und Gesundheit als individuelle Ereignisse erfahren, erscheinen diese Phänomene hier – auf die gesamte Gesellschaft bezogen – als statistische Häufigkeiten und lassen sich zu wissenschaftlichen Tatsachen bedeuten“ (Nikolow 2001: 237) Anhand solcher Grafiken wurde die Öffentlichkeit damals mit der statistischen Darstellung von Gesundheit und Krankheit vertraut gemacht.

Wie bereits erwähnt, fokussieren die französischen Aufklärungsfilme stärker auf die sozialen Auswirkungen der Geschlechtskrankheiten. Um die Fakten zu untermauern, wurden reihenweise statistische Daten verwendet. Der Schaden, den die unterlassene Behandlung verursacht, ist in *UNE MALADIE SOCIALE* genau beziffert. Die Opfer der Syphilis, eingeschrieben in die offiziellen Statistiken, belaufen sich auf 20'000 Totgeburten und 40'000 Aborte. Hinzugezählt werden die 120'000 Kinder, die, mit Syphilis infiziert, jährlich unter fünf Jahren sterben. Der Tod der Menschen ist in Zahlen überführt, deren Wert kaum fassbar ist. Damit diese abstrakten Grössen verständlicher und für die Zuschauer erfahrbarer werden,

8 Karl Lingner war Industrieller, der mit der Herstellung des Mundwassers Odol reich geworden war und sich in der Volksgesundheit engagierte.

dienen Kuchendiagramme, deren Flächen proportional zu den Angaben sind. Überdies erscheinen die Zahlen animiert, was ihnen besonderen Nachdruck verleiht.

Während die Filmemacher für *UNE MALADIE SOCIALE* auf die blossen Zahlenwerte bauten, sind in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* zum Teil dieselben Zahlen erstens in Jahressegmente gegliedert und dann visuell so aufbereitet, dass ihr Aussagegehalt bildhaft unterstützt, verstärkt und gewertet wird. Symbole illustrieren nicht nur die Ziffern, sondern laden die Grössenverhältnisse semantisch auf. Gleich zu Beginn verdeutlicht der vierfach grössere Haufen Totenschädel, dass von 1887-1927 weit mehr Menschen an Syphilis starben als während der Kolonialkriege von 1914-18. Die bildliche Umsetzung modifiziert den Aussagegehalt der Zahlen und macht den abstrakten Wert verständlich. Ähnlich sind die Abwehrmassnahmen, die Frankreich zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unternahm, inszeniert. Die landesweite Verteilung der Ambulatorien in den einzelnen Provinzen sind mit weissen Punkten markiert. Diese Punkte versammeln sich am Ende zu einem grossen Block, der die gesamten französischen Massnahmen symbolisiert und, neben die Landkarte gestellt, einen beträchtlichen Umfang der territorialen Ausbreitung umfasst. Die bildliche Aussage lässt sich dahingehend deuten, dass eine Abwehr, die fast so gross wie Frankreich selbst ist, besonders effizient sein muss.

Zur Bestätigung dieser Deutung sind einzelne Dispensaires oder Ambulatorien porträtiert. Der Ablauf ist immer derselbe: Zuerst ist das Gebäude in einer Totalen von aussen zu sehen, danach erhält man Einblick in das Innere. Das heisst, die Mediziner und ihre Assistenten sind während der Konsultationen zu sehen. Dazwischen sind die behördlichen Aktivitäten nummerisch aufgeführt. Seien es das jährlich aufgewendete Budget, die verabreichten Injektionen oder die Anzahl Konsultationen. Alle Zahlen sind mit Symbolen illustriert: tresor-ähnliche Blöcke fürs Geld, Häuser für die Einrichtungen, Männer für die Patientenzahl (Abb. 3a), Reagenzgläser für die Anzahl serologischer Analysen und Spritzen für die verabreichten Medikamente (Abb. 3b). Schrittweise, in Korrespondenz zu den immer grösseren Ziffern, vergrössern sich die Abbildungen. Das stufenweise Anwachsen vermittelt den Eindruck, dass etwas getan wird. Gleichzeitig konkretisieren sich die Symbole von diffusen Umrissen zu klaren Objekten. Im Grösserwerden soll das Vertrauen in die errichtete Phalanx der medizinischen Versorgung aufgebaut werden. Auch diese Interpretation wird in der nächsten Illustration bestätigt, welche die Abnahme der Geschlechtskranken im Militär (Abb. 3c) im selben Zeitraum zeigt. Steht der erste Soldat 1917 noch erbärmlich und gross da, so kann man den winzigen Kollegen 1926 kaum mehr erkennen, so klein ist die Rate, so unbedeutend die Gefahr geworden.

Diese Entwicklung, so besagen die nachfolgenden Grafiken in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES*, ist nur mit einer enormen finanziellen Anstrengung möglich. Veranschaulicht wird

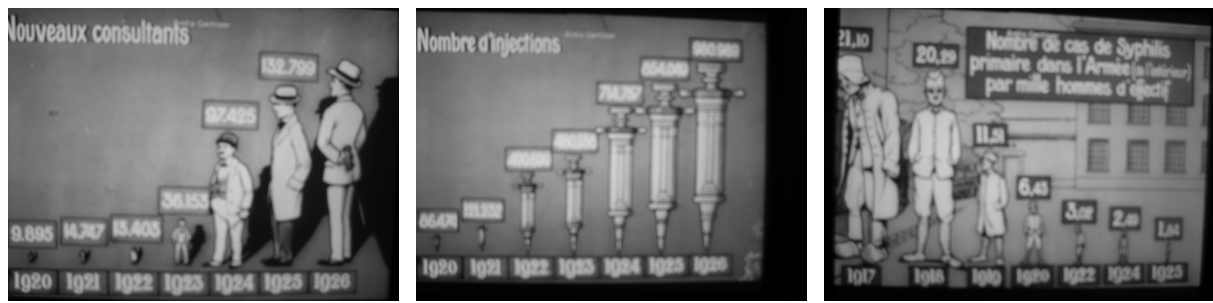


Abbildung 3: Die statistischen Zahlenwerte der Syphilis veranschaulicht in LES MALADIES VÉNÉRIENNES. a) Anzahl neuer Patienten, b) Anzahl verabreichter Injektionen, c) Abnehmende Mortalität im Militär.

dies mit den Balancebewegungen einer Waage. In der einen Schale liegen die Geldsäcke, in der anderen sind die Spirochaeta in einem Kreis gebündelt. 1919 konnte mit dem Budget, ein kleiner Geldbeutel (immerhin 800'000 Francs), kaum etwas bewirkt werden, so dass die Mortalität die Schale zu Boden drückt. Doch mit steigendem Betrag kehrt sich das Ungleichgewicht um, und am Ende, 1926, vermögen die 9'650'000 Francs, nun ein riesiger Geldsack, die geschrumpfte Kugel mit den eingeschlossenen Erregern spielend in die Luft zu hieven. Dieses Leichtgewicht, so legt die Bewegung nahe, hat keine Chance mehr gegen die vom Staat eingerichteten Unternehmungen.

Wer jedoch genau hinschaut und auf die Zahlen in der Mortalitäts-Schale achtet, merkt, dass das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis ein anderes ist. Denn der Anteil von den 1919 eruierten 47.3 Syphilisfällen ist lediglich um rund neun also auf 38.5 Fälle pro 1000 Einwohner zurückgegangen. Dass bei diesem Vergleich noch kaum von einer tatsächlichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gesprochen werden kann, ist offensichtlich. Im Bild aber suggeriert der Kippvorgang genau das. Das Beispiel zeigt zum einen, welche autonome Aussagekraft den Visualisierungen innewohnt. Ausserdem stellt die Montage – die Verknüpfung der einen Tabelle mit der vorangehenden – einen Zusammenhang her, der de facto so nicht gegeben ist. Im vorliegenden Fall setzt man die Abnahme der Erkrankungen und Todesfälle bei den Soldaten mit derjenigen in der ganzen Bevölkerung gleich.

3.2.3 Imperative der Aufklärung

Ein weiteres Mittel, den Zuschauern Botschaften unmissverständlich zu übermitteln, sind die Appelle. Sie richten sich zum Teil direkt ans Publikum. In Ausrufen wie „Lebensgefahr!“, Anweisungen wie „Kranke! Peinlichste Sauberkeit ist die erste Pflicht! Hände waschen!“ (DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN) oder Mahnungen wie „Darum Vorsicht bei aufgesprungenen Lippen, Niednägeln an den Fingern usw.!“ (GEISSEL

DER MENSCHHEIT) kommt die Stimme der Experten beziehungsweise der institutionellen Autorität zum Ausdruck. Zum Teil wenden sich die Film-Ärzte via Patient an die Zuschauer. So stoppt der Mediziner in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* den Mann bei seinem Tun und führt ihm vor, wie man sich die Hände wirklich sauber wäscht, welches Reinigungsmittel das richtige ist (Abb. 4). Dass seine Intervention dem Publikum zugedacht ist, belegt die Art und Weise, wie die richtige Handhabung vorgeführt wird. So hält er das Desinfektionsmittel direkt vor die Kamera, ebenso sind seine Hände während des Waschens gross im Bild zu sehen, so dass der Fokus und damit die Aufmerksamkeit des Publikums ausschliesslich darauf gerichtet ist. Die Anordnung von Bild und Zwischentitel konfiguriert das didaktische Dispositiv, das auf einer Zuweisungsordnung beruht, die den „gelehrigen Blick“ initiiert (Reichert 2007: 129).



Abbildung 4: Anleitung zum Waschen der Hände und Desinfizieren der Leibwäsche in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*.

Die Ausrufe, Warnungen oder Appelle richten sich an die Zuschauer insofern, als sie bei ihnen zu bestimmten Reaktionen führen und ihr weiteres Handeln beeinflussen sollen. Dabei handelt es sich um performative Sprachakte, die intentional sind, um ein Verhalten zu

bewirken. Die Linguistik unterscheidet solche Äusserungen, die eine bestimmte Intention enthalten, von rein deskriptiven. Sie sind performativ, indem sie eher durch den sprachlichen Ausdruck und darüber hinaus eine Wirkung beabsichtigen. Der amerikanische Linguist John Searle unterteilt die Sprechhandlung in: Äusserungs-Akt (propositional), sprachlicher Inhalt (Wörter, Sätze), Intention (Illokution) und Reaktion (Perlokution) (vgl. Searle 1971). Die Gliederung lässt sich mit dem Organon, dem Kommunikationsmodell von Karl Bühler, vergleichen. Auch er segmentiert den Sprechakt in drei Bereiche: die Darstellung des Objekts, den Ausdruck durch den Sprecher sowie den Appell an den Empfänger. Die Kommunikation ist somit reziprok, die durch den Sprecher ausgedrückte Botschaft soll beim Empfänger als Appell wirken und eine Reaktion evozieren (vgl. Bühler 1965: 28). Dieses kommunikative Reiz-Reaktionsmuster liegt den handlungsgerichteten Äusserungen zugrunde. Als Befehle formuliert, sollten sie bei den Zuschauern bestimmte Reaktionen auslösen. Merksätze wie „Wenn Krankheitszeichen auftreten, sofort zum Arzt gehen!“ oder „Je früher die Behandlung einsetzt, desto leichter und vollkommener die Heilung!“ in *GEISSEL DER MENSCHHEIT* werden formelhaft wiederholt, damit sie im Gedächtnis haften bleiben und das künftige Verhalten (automatisch) steuern sollen. Ähnlich verfährt *UNE MALADIE SOCIALE*, der mit „*Préservez votre santé. Mariez-vous jeunes. Ayez des enfants sains*“ schliesst. Dagegen warnt man in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* mit Nachdruck – in Grossbuchstaben – vor den grössten Konkurrenten, den Kurpfuschern: „*MÉFIEZ-VOUS DES FAUX REMÈDES ET DES FAUX GUÉRISSEURS dont le résultat est: PERTE DE TEMPS; PERTE D'ARGENT; PERTE DES CHANCES DE GUÉRISON!*“ Das dreimalige „Perte“ verweist auf den Verlust von Zeit, Geld und schliesslich der Chance auf Genesung.

Die Dringlichkeit wurde den potentiellen Kranken, und dazu gehören implizit die Zuschauer, auch auf der ‚Handlungsebene‘ vorgeführt. Die Krankheitsdarstellungen von Gonorrhö und Syphilis folgen der Chronologie des Verlaufs. Die trockene Aneinanderreihung medizinischer Fakten ist zugleich einem fatalistischen Kurs unterworfen. Die Geschlechtskrankheiten entfalten sich nicht nach dem Schema einer Grippe mit Anfangs-, Höhepunkt und abschliessender rekonvaleszenter Phase, sondern führen von kaum wahrnehmbaren Hautveränderungen stufenweise und unaufhaltsam zum Höhepunkt – dem Tod. Mit jedem Stadium verschlimmert sich der Krankheitszustand, sind die Symptome gravierender, ist eine Therapie schwieriger, bis am Ende nur Lähmung, Verblödung, Siechtum bleiben. Dieses Steigerungsmuster zeigt sich auch in der Wortwahl. Die langen Erklärungen und Trickaufnahmen zur Gonorrhö basieren auf einer Wenn-Dann-Konstruktion. „Wenn zu diesem Zeitpunkt nicht bereits eine energische und sachgemässe Behandlung im Gange ist, [dann] schreitet die Krankheit weiter fort...“ Die narrative Anordnung, der Straf- und Mahnliteratur entlehnt, legt die Unausweichlichkeit der Folgen fest. Dass dem Unheil nur

schwer zu entrinnen ist, suggerieren folgende Verben. Die Erreger „pflanzen sich fort“; die Entzündung „steigt“ und „steigt“; Lebensgefahr „droht“. Hierzu gibt es nur *einen* Ausweg, beim geringsten Verdacht einen Arzt aufsuchen. Das ist im Übrigen die eigentliche Botschaft der Aufklärungsfilme, daraufhin sind alle strukturellen, narrativen und filmästhetischen Mittel hin orchestriert.

Für die weitere Analyse ist zu merken, dass in den Lehrfilmen Strategien zum Einsatz kommen, die Literaturtraditionen entstammen und deren Rezeptionsmuster anklingen lassen.⁹ Zum einen tragen sie zur Spannungssteigerung und Dramatisierung der vermittelten Inhalte bei, zum andern lenken sie die Aufmerksamkeit und evozieren Erwartungen hinsichtlich einer nahenden Katastrophe. Pädagogische und narrative Elemente überlagern sich. Die Zuschauer ihrerseits sind angehalten, zwischen zwei Praktiken konventionalisierter Wahrnehmung zu oszillieren beziehungsweise zwischen den beiden Lektüremodi zu pendeln.

Doch zurück zur Vermittlung medizinischer Inhalte; dazu gehören zweifellos die Patientenbilder oder Detailaufnahmen der Krankheitssymptome. Sie vermitteln in erster Linie, inwiefern sich die Merkmale der Syphilis oder Gonorrhö von denjenigen anderer Erkrankungen unterscheiden.

3.3 Die Geschlechtskrankheiten ins Bild gesetzt

„Das Symptom ist die Form, in der sich die Krankheit präsentiert“, bemerkt Foucault (2005: 104). Die Symptome allein liessen die „unveränderliche, sichtbar-unsichtbare Figur der Krankheit“, die zugrunde liege, durchschimmern, so Foucault weiter. erinnert sei an die Frau mit Augentripper, die den Lehrgang über die Ursache, die Entwicklung und die Formen der Gonorrhö in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* abschliesst. Langsam wird ihr der Kopf von der einen auf die andere Seite gedreht, so dass ihre trüben Augäpfel und die klebrig zähe Augenflüssigkeit sichtbar werden. Diese Merkmale bestätigen die Diagnose und weisen daraufhin, dass es sich nicht um ‚normale‘ Tränen handeln kann. In diesem Sinn müssen die Hautveränderungen möglichst anschaulich abgebildet sein, da

9 Mehr zu den didaktischen Funktionen der narrativen Elemente im nächsten Kapitel.

sie Indizien der Krankheit bilden.¹⁰ Oder anders ausgedrückt: Die Symptome werden erst im Akt der Insbildsetzung zu dem, was sie zu scheinen haben, nämlich Merkmale einer Geschlechtskrankheit. Die Aufnahmen der Patienten und ihrer Krankheitsformen konstituieren das erforderliche, medizinisch-wissenschaftliche Wissen, um die Symptome überhaupt der Syphilis oder dem Tripper zuordnen zu können.

Vordergründig liefern die Aufklärungsfilme folglich eine Nosologie, eine systematische Beschreibung der Geschlechtskrankheiten und ihrer physiologischen Merkmale. Vom semiologischen Standpunkt aus sind die Symptome Anzeichen, die den Krankheitszustand indizieren. Doch gilt es zuerst, mit Roland Barthes *Symptom* und *Zeichen* zu unterscheiden. Denn früher hätte man getrennt zwischen dem objektiven Symptom, das der Arzt entdeckte, und dem subjektiven, wie es der Patient bemerkte. Daraus schliesst Barthes in „Semiologie und Medizin“, dass das Symptom als „das sichtbare Wirkliche oder das wirkliche Sichtbare“, das „*Erscheinende*“ zu definieren sei (Barthes 1988: 211). Dieses Erscheinende ist an und für sich noch objektiv, „das Rohfaktum“, also semantisch noch nicht aufgefüllt. Doch sobald die Merkmale beschrieben, in den Kontext gestellt werden, würden sich, so Barthes weiter, die Symptome zu Zeichen wandeln. Durch die Verknüpfung werden sie mit Bedeutung angereichert und mit semantischen Vorstellungen kombiniert (vgl. ebd.: 212). Dies führt zur These, dass die Krankheitssymptome bereits im Prozess der Sichtbar- und Lesbarmachung, d. h. durch das Bildgebungsverfahren, semantisch aufgeladen werden mit Bedeutungen, die über das Faktische hinausgehen.

Dem Aufnahmeverfahren kommt daher in der Konstituierung der medizinischen Befunde eine zentrale Rolle zu. Oder anders gesagt: Erst im Kontext der Visualisierung werden die medizinischen Befunde als Entitäten für die Zuschauer erfassbar (vgl. auch Krämer 2001: 354). Zum einen werden die unspezifischen Hautveränderungen mithilfe des technischen Apparats zu Symptomen der Syphilis oder Gonorrhö stilisiert; zum andern setzt die Inszenierung die Merkmale in den Kontext, wodurch sie Barthes zufolge semantisch aufgeladen und zu Zeichen gewandelt werden. Ausserdem gehen die abgebildeten Körper, darauf weist Lisa Cartwright hin, mit einem neuen Körperkonzept einher, das sich über den Blick des Arztes auf den untersuchten Körper etabliert. Die ärztliche Untersuchungsmethode und deren mediale Umsetzung – Sammlung von Einzelaspekten – widerspiegeln nach

¹⁰ Die Patientenaufnahmen sind in der Funktion, die Krankheitsmerkmale anschaulich darzustellen, den Moulagen gleichzusetzen. Die Wachsmodelle, zu Forschungszwecken und zum Studium erstellt, zeigen Körperrasschnitte mit realistisch nachgeformten Defekten. In der Abteilung über Geschlechtskrankheiten an der Hygiene-Ausstellung von 1911 in Dresden waren, wie erwähnt, auch solche Modelle ausgestellt, wobei sie beim Laienpublikum zum Teil heftige Reaktionen auslösten. Deshalb massen die Dermatologen diesem Darstellungsmittel eine hohe erzieherische Wirkung bei. Einige Moulagen sind auch in den Filmen eingesetzt, doch im bewegten Medium wirken die lebenssecht nachgebauten Modelle wenig erschreckend und ergänzen höchstens die um einiges effektiveren Patientenaufnahmen.

Cartwright die veränderte Körpervorstellung (vgl. 1997: 12). Diese manifestiert sich über die Perspektive: diejenige des Apparates auf das Objekt sowie diejenige des Zuschauers auf den Bildinhalt. Die Analyse des medizinischen Filmmaterials, d. h. die Aufnahmen von Patienten und ihren Krankheitsformen, umkreist folgende Punkte: 1. Generierung des Faktischen; 2. Lesbarkeit der Zeichen; 3. Semantische Aufladung; 4. Etablierung einer neuen Körpervorstellung, d. h. Identifikation eines Körpers als Symptomträger.

3.3.1 Der Kinematograph als medizinisch-wissenschaftliches Aufzeichnungsinstrument

Die Funktion der Bilder, die Krankheitsmerkmale anschaulich zu präsentieren und zugleich deren Wahrheitsgehalt, vorgegeben durch den Text, zu beglaubigen, lenkt die Aufmerksamkeit auf den technischen Apparat. Das Symptom ist die Form, in der die Krankheit in Erscheinung tritt, meint Barthes in Anlehnung an Foucault. Dazu dient der Kinematograph: Er soll die Erscheinung festhalten, die physische Beschaffenheit herausarbeiten, das „sichtbare Wirkliche“ in Erscheinung bringen (vgl. Barthes 1988: 211). In der Medizin sind es im Grunde zwei verschiedene Verfahren, die der systematischen Erfassung dienen. Das eine sucht Vorgänge und Merkmale aufzuzeigen, die entweder von bloßem Auge nicht erkennbar oder nicht derart explizit sind. Das wissenschaftliche Credo lautet hier, das Unsichtbare sichtbar machen. Das andere dient der Dokumentation: aufzeichnen, festhalten, protokollieren etc., um die Daten vergleichen und auswerten zu können. Gestalterisch orientieren sich die Aufnahmen an der wissenschaftlichen Fotografie, wie sie der Neurologe Jean-Martin Charcot an der Pariser Salpêtrière machen liess.¹¹ Die fotografische Sammlung liefert eine Art Kartographie hysterischer und epileptischer ‚Defekte‘ (vgl. Sicard 1995).

Die Tauglichkeit der Fotografie und mit ihr der Kinematographie für die wissenschaftliche Forschung hängt mit der dem Bild zugeschriebenen Evidenz zusammen. Die Beweiskraft liegt in der Relation von Abbild und Referent begründet. Barthes erörtert dies in seinem Nachdenken über die Fotografie. Er fragt sich, ob die Fotografie das Wesen oder das Wahre eines Gegenstandes, eines Menschen wiedergeben kann. Als eine der zentralen

¹¹ Seit 1876 fotografierten seine Assistenten Désiré-Magloire Bourneville und Paul Régnard Patienten der Klinik, 1878 richtete er einen festen fotografischen Dienst ein, mit dessen Leitung 1882 der Fotograf Albert Londe betraut wurde. Bourneville und Régnard zeichnen für die ersten drei Bände von *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, publiziert zwischen 1876 und 1880, verantwortlich (vgl. Sicard 1995: 19). Nach einer Unterbrechung, ausgelöst durch den Weggang von Bourneville, erschienen von 1888-1917 weitere 28 Bände von *Nouvelle Iconographie photographique de la Salpêtrière* (vgl. Stingelin 2002: 256-257). Nach dem Tod von Charcot unterbrach auch Londe die Arbeiten, führte sie dann mit den beiden Ärzten Paul Richer und Gilles de la Tourette weiter (vgl. Sicard 1994: 22-23).

Bedingungen zwischen Bild und Referent hält er in *Die helle Kammer: Bemerkungen zur Photographie* fest:

„Photographischen Referenten“ nenne ich nicht die *möglicherweise* reale Sache, auf die ein Bild oder Zeichen verweist, sondern die *notwendig* reale Sache, die vor dem Objektiv plazierte war und ohne die es keine Photographie gäbe. [...] Anders als bei diesen Imitationen [Malerei] lässt sich in der PHOTOGRAPHIE nicht leugnen, dass *die Sache dagewesen* ist. Hier gibt es eine Verbindung aus zweierlei: aus Realität und Vergangenheit (Barthes 1985: 86, Herv. i. O.).

Damit kommt der Photographie eine Zeugenschaft zu. Sie belegt, dass sich das, was abgebildet ist, auch tatsächlich vor dem Apparat und damit vor dem Auge des Fotografen befunden hat.¹² Das Foto bestätigt: „*Es-ist-so-gewesen*“, verweist zugleich auf die zeitliche Distanz (Barthes 1985: 87).¹³ Das Ereignis des Fotografierens ist längst vergangen, wenn das Objekt auf dem Bild erscheint.¹⁴ Übertragen auf die Bilder der Krankheitssymptome bedeutet dies, dass die Maschine suggeriert, kraft der mechanischen Reproduktionsweise, ein objektives Abbild der Realität zu liefern. Die Anordnung von Apparat und Gegenstand, die wissenschaftlichen Methoden bedeuten die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit. Was für die Photographie zutrifft, kann ebenso für den dokumentarisch-wissenschaftlichen – im Gegensatz zum fiktionalen – Film geltend gemacht werden. Jedenfalls versichert das dokumentarische Filmverfahren, kraft des photographischen Dispositives, reale Gegebenheiten abzubilden.¹⁵

Dem Anspruch, das Faktische festzuhalten und der wissenschaftlichen Analyse zuzuführen, dienten also die Patientenaufnahmen. Es ging darum, die physische Beschaffenheit möglichst plastisch hervortreten zu lassen. Dadurch konnten sie von anderen Hauterkran-

¹² Sich diesem Sachverhalt zu widersetzen, fällt schwer und benötigt Willensanstrengung und Reflektion. Gerade im digitalen Zeitalter, kann man nie sicher vor Bildmanipulationen sein, dennoch fehlt ein Instrumentarium, subtile Manipulationen (Retuschen, Farbgebung etc.) auf Anhieb zu erkennen.

¹³ Aber auch bei der analogen Photographie ist Manipulation möglich; dies ist eine ethische und keine technische Frage. Zudem ist auch auf der Ebene des technischen Apparates die Evidenz nie gesichert, wie u. a. Peter Geimer gezeigt hat (vgl. 2002).

¹⁴ Die Zeit des Films, dies im Gegensatz zur Photographie, ist das Präsens. Denn im Akt des Schauens wird das Geschehen auf der Leinwand gegenwärtig. Dies ist bedeutsam in Bezug auf den Ekel, den gewisse Krankenbilder auszulösen vermögen.

¹⁵ Die Überzeugungskraft wissenschaftlicher Bilder sieht Gottfried Boehm in deren sachbezogenen, affektlosen Neutralität begründet. Er nennt sie „schwach“, weil ihr Bestreben darin bestehe, „sich dem Darzustellenden möglichst anzugleichen, es mit visuellen Mitteln zu *wiederholen*“. Das Bild verleugne sich daher selbst, trete ganz in den Dienst des Sachverhalts, so als ob es jenseits der Abbildung nicht „für sich“ existierte (Boehm 2007: 247, Herv. i. O.).

kungen unterschieden und ihre spezifischen Ausformungen studiert werden.¹⁶ Entsprechend wurden die Krankheitssymptome mehrheitlich in Gross- und Detailaufnahmen gefilmt, wie das bereits erwähnte Beispiel der Frau mit Augentripper belegt. Ihr Gesicht erscheint bildfüllend, so dass die trüben Linsen zu erkennen sind. Ausserdem sammelt sich unaufhörlich klebrige Flüssigkeit an den Lidrändern, verschmiert und wässert die Pupillen. Die Kamera registriert minutiös Schattierungen, Absonderungen und Entzündungsherde. Sie lässt Oberflächenstrukturen hervortreten: hügelige, pustelige, knötchenförmige oder wuchernde Ausschläge etwa. Die Beleuchtung bestärkt die Wirkung und modelliert Unebenheiten. So ragt bei einem Patienten ein knopfgrosser Knoten aus dem Umfeld der inneren Schleimhaut der aufgeklappten Unterlippe. Dagegen wirkt die Haut um den Fingernagel (Abb. 5a) breiig und in Auflösung begriffen. Bei anderen Kranken wiederum wirken die Hautveränderungen so, als seien Arme und Beine von dunklen und weissen Flechten (Abb. 5b) bedeckt.

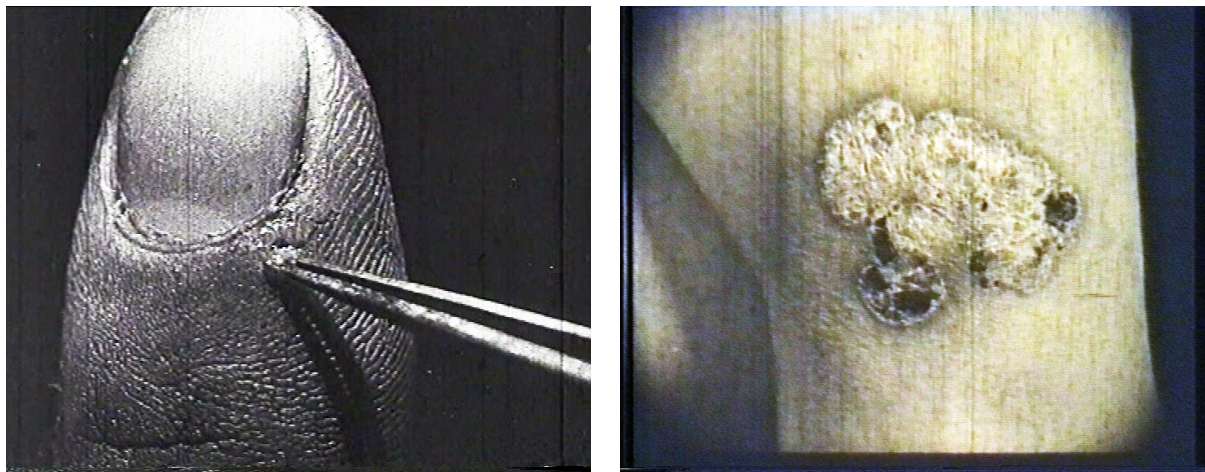


Abbildung 5: Symptome des Sekundärstadiums in GEISSEL DER MENSCHHEIT.

Die Einstellungen sind statisch, die Patienten so vor der Kamera positioniert, dass die Krankheitsmerkmale gut sichtbar sind. Ein junger Mann präsentiert die Läsionen an seinem Torso. Rücken und Bauch sind übersät mit kleinen Geschwüren, die Furunkeln oder Pickeln gleichen. Faustgross stülpt sich eine Geschwulst aus dem Auge eines Syphilitischen und entstellt sein Gesicht. Ein anderer Patient drückt die geballten Fäuste unter sein Kinn und schaut ängstlich zur Kamera hoch, während der nächste blöde grinst und ob seiner selbst erschrickt (vgl. FALSCHER SCHAM). Langsam, oft von der Hand des Arztes geführt, bewegen

¹⁶ Selbst für Allgemeinmediziner war es nämlich nicht einfach, beispielsweise den Ausschlag des syphilitischen Sekundäraffektes von demjenigen der Masern auseinanderzuhalten – geschweige denn für Laien. So forderte der Militärarzt Willy Schnyder eine bessere Ausbildung des Militärärzte: „Die Mobilmachungszeit hat uns darüber gelehrt, wie sehr das Wissen und die Erfahrung der Aerzte im Fache der venerischen Krankheiten zu wünschen übrig lassen.“ Er verlangt Repetitionskurse, nachdem immerhin die obligatorische Prüfung in der Dermatologie eingeführt worden sei, um das Erlernte von Zeit zu Zeit aufzufrischen (Schnyder 1920: 25).

die Patienten ihren Kopf hin und her, drehen den Rumpf oder wenden den mit Ausschlag überzogenen Unterarm nach innen und aussen. Die Bewegungen bringen klebriges Sekret zum Glänzen, eitrige Pusteln zum Schimmern. Primär- und Sekundäraffekte werden physisch gegenwärtig. Die Wirkung wird noch verstärkt durch die langsamen Bewegungen, mit denen die Merkmale oder Objekte, wie die syphilitische Leber oder das Herz, vor der fixen Kamera gedreht, auf und ab, hin und her geschoben werden. Mit der Bewegung sollten die körperlichen Veränderungen kenntlicher gemacht und zugleich deren Existenz bestätigt werden.

Offensichtlich repräsentieren die Filme das, was die Maschine generiert hat. So zeichnet die Kamera jede Verfärbung, jede Veränderung der Haut oder an Gelenken auf. Licht und Schatten modulieren die Oberflächen der Läsionen so, dass ihre physische Beschaffenheit hyperrealistisch erscheint. Das Symptom als Substanz, als Materie, kommt zum Ausdruck. Die materielle Beschaffenheit konstituiert das Symptom, es ist, wie Barthes bemerkt, noch nicht semantisch festgelegt (vgl. Barthes 1988: 212). Die Bilder präsentieren also erst die faktischen Elemente, wobei sie durch die Einbindung in den nosologischen Rahmen als Symptome der Syphilis oder der Gonorrhö definiert werden. Doch bereits durch die Präsentation im Filmbild werden sie stilisiert und das Faktische also „zeichenhaft“ (ebenfalls im Sinne von Barthes) überformt.

3.3.2 Das technische Verfahren schreibt sich ins Bild ein

Das zweite Verfahren medizinischer Forschung – nach dem ersten der Sichtbarmachung – ist das Dokumentieren, Sammeln und Archivieren der medizinischen Daten. Dazu erstellten die Ärzte einen Katalog signifikanter Merkmale, die beschrieben, differenziert und gebündelt einer Krankheit zugewiesen werden. Der Kinematograph liefert dazu das Bildmaterial: Symptome in Nah-, Gross- oder Detailansichten, seriell und ausschnittsweise, um zu klassifizieren und katalogisieren. Das Vorgehen widerspiegelt zum einen die medizinische Untersuchungspraxis; zum anderen entspringt es historischen Bildgebungsverfahren. Durch diesen Prozess wandeln sich die Symptome laut Barthes definitiv zu *Zeichen* und werden semantisch bestimmt (vgl. 1988: 212). Ihr Aussagegehalt ist zugleich abhängig von der bildgebenden Technik, die, wie Cartwright bemerkt, in den physiologischen Studien Mitte der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begründet liegt.

Diesbezüglich verweist Cartwright auf die Vorgeschichte der Kinematographie. Der amerikanische Photograph Eadweard Muybridge gilt Filmgeschichtsschreibung zufolge als einer ihrer Vordenker. Um den Lauf des Pferdes in kurzen Intervallen fotografieren zu können, baute Muybridge 1872 einen Auslösermechanismus, wodurch der Bewegungsablauf in

Einzelbilder zerlegt wurde (vgl. MacDonnell 1973: 23-26). Ähnliche Studien unternahm der französische Arzt Etienne Jules Marey in den 1880er Jahren in Paris. Angeregt durch Muybridge konstruierte er den Chronographen, eine Art photographisches Gewehr mit einem einzigen Objektiv und einer lichtempfindlichen und sich drehenden Scheibe, die zwölf Aufnahmen in rascher Folge erlaubte (vgl. ebd.: 30 und Lajoux 1994: 36-39).¹⁷ Schließlich entwickelten die Brüder Auguste und Louis Lumière Mareys Erfindung weiter und reüssierten 1895 mit ihrem Kinematographen.¹⁸ Bald nach der Premiere splitteten sich die Einsatzmöglichkeiten des Filmapparates auf. Während der Kinematograph auf Jahrmärkten und in Varietés als technische Attraktion vorgeführt wurde und als Massenvergnügungsmedium zu weltweiter Verbreitung fand, blieb er auf der anderen Seite ein wichtiges Instrument wissenschaftlicher Forschung – analog zur ursprünglichen Intention.¹⁹ In der Medizin fand er schnelle Verbreitung u. a., weil das neue Verfahren nicht nur erlaubte, Standfotos von Patienten aufzunehmen, sondern ganze Verhaltensabläufe psychischkranker Patienten wie beispielsweise Anfälle von Epilepsie oder Hysterie zu dokumentieren (vgl. Cartwright 1997: 47-80; Holl 2006).

Laut Cartwright hat Mareys Technik der Zergliederung sowohl die wissenschaftliche Analysemethode wie die visuelle Präsentation der Studienobjekte beeinflusst. Dabei bezieht sich die Autorin auf die beiden Medizinhistoriker Merriley Borell und Stanley Reiser, die den Zusammenhang zwischen der Entwicklung graphischer Aufzeichnungsverfahren und der Physiologie als medizinische Disziplin herstellten. Dadurch sei eine „neue Sprache“ entstanden: Das Verfahren unterteilte die Analyse in separate Ereignisse, die das Objekt zugleich Mechanismen der Kontrolle unterwarf. Das heisst: der Fokus auf Einzelaspekte segmentiert und fragmentiert den Körper, der sich ausserdem dem Regime der Aufzeichnung zu unterwerfen hat. Dies zeigt sich schon daran, dass die ‚Objekte‘ für die Kamera hergerichtet, präpariert und in bestimmte Posen gebracht werden. Einige Patienten bewegen den Kopf auf Geheiss hin und her, wie ihr Blick ins Off ‚verrät‘. Meistens sind es aber

17 Dagegen verwendete Muybridge mehrere Kameras, die in kurzen Abständen aufgestellt wurden, deren Auslöser durch das heran galoppierende Pferd betätigt wurden.

18 Die Gebrüder Lumière waren Inhaber einer Fabrik für Chemikalien und fototechnische Platten. Sie waren an deren kommerziellen Verwertung aber nicht interessiert, sondern wendeten sich ab 1900 vermehrt der medizinischen Forschung und Produktion zu. Deshalb verkauften sie 1897 ihr Patent an Charles Pathé, der dann die Kommerzialisierung des Kinematographen vorantrieb (vgl. Cartwright 1997: 1-3).

19 Der schottische Arzt John Macintyre etwa verband die Kinematographie und die Röntgenfotographie und präsentierte bereits 1897 „kinematographisch animierte Froschbeine“ (Dommann 2003: 276). Und am Beispiel des Pariser Chirurgen Eugène-Louis Doyen zeigt sich die Ausdifferenzierung, die das Medium durch die Nutzung erfuhr. Doyen liess ab 1898 seine Operationen von Amputationen filmen, die ihm zum Selbststudium dienten (vgl. Lefèbvre 2004: 31). Darüber hinaus verwendete er dieselben Bildstreifen in seinen Vorlesungen in der medizinischen Ausbildung und illustrierte mit ihnen seine öffentlichen Vorträge (vgl. Lefèbvre 1994: 70-77).

Hände, die direkt eingreifen und die Patienten und ihre Symptome in die richtige Position rücken.

Der Mensch als Individuum ist sekundär, allein der Körper wird ‚vermessen‘, wie das Beispiel eines rund 12-jährigen Mädchens in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* (Abb. 6) zeigt. Zuerst steht es mit dem Rücken zur Kamera, eine Frau in weissem Kittel hält seinen rechten Oberarm vor die Linse. Dann wird der Arm ausgedreht, so dass die narbig zerfressene Innenseite sichtbar wird. Danach greift jemand dem Mädchen an die Stirn und in die Haare, um den Kopf, nun gross im Bild, nach allen Seiten zu wenden. Die eingehende Untersuchung offenbart, dass dem einen Ohr läppchen ein Stück fehlt, so dass es wie von unten eingekerbt aussieht. Unter dem rechten Auge, am Hals, überall sind schlecht verheilte Narben zu sehen. Auch der Nacken ist voller solcher Wunden wie nach einer Verbrennung. Die Einstellungen wechseln von Grossaufnahmen ins Vollbild zu Detailansichten, vom Arm zum Ohr, frontal und von der Seite aufgenommen.



Abbildung 6: Mädchen mit Erbsyphilis in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES*.

Zugleich übermitteln die Krankheitsdarstellungen des Mädchens ein Set an Einzelaspekten, die zusammengeführt, die Manifestationen der Erbsyphilis dokumentieren. Als Einzelbilder sind sie nicht eindeutig festgelegt und könnten durchaus anderen Krankheiten oder Unfällen zugehörig gelten. Die Vernarbungen weisen nämlich eher auf Verbrennungen hin, denn auf eine Syphilis. Dagegen spricht auch das Alter des Mädchens. Dennoch deutet gerade das Alter auf eine Anomalie in der Entwicklung und auf eine hintergründige Erkrankung hin. Nun liefert die im Film vorgeführte Inventarisierung die signifikanten Merkmale und imitiert gleichzeitig das Diagnoseverfahren. Sie bilden ein *System von Zeichen* oder

anders ausgedrückt ein Feld an Konfigurationen, in dessen Zusammenspiel die Krankheit als solche lesbar wird (vgl. Barthes 1988: 217). Aufgabe des Arztes ist es, die gesammelten Symptome mit einer Krankheit im nosologischen Rahmen zu verbinden. Barthes zufolge entspricht der „Akt des Lesens der Zeichenfiguration, das heisst, der Erfassung einer bestimmten Anzahl von medizinischen Zeichen als signifikante, stabile, regelmässige und legale Konfigurationen“ – der Diagnose (ebd.: 216).

Die Bilder geben aber zergliederte, fragmentierte Sichten und Ausschnitte des Mädchenkörpers wieder, dessen integrale Ganzheit und Unversehrtheit in Einstellungen aufgelöst, in Posen unterteilt und auf Gesten reduziert wurde. Der Fokus auf die Merkmale extrahiert zugleich Einzelheiten aus dem Kontext, während der restliche Körper ausgeblendet bleibt. Details erscheinen losgelöst, überdimensioniert und dynamisiert. Analog sind die syphilitischen Primäraffekte als Serie verschiedener Erscheinungsformen gestaltet: der weissliche Kreis an der Zungenspitze, das knopf-ähnliche Geschwür an der Unterlippe oder die breiige Hautstruktur um das Nagelbett.²⁰ Ähnliche Zusammenstellungen präsentieren der Gang durch eine Klinik oder der Besuch in einer Krankenstation, die in den teilfiktionalen Filmen durch eine Rahmenhandlung motiviert sind (worauf ich weiter unten eingehe), die ein zusammengestückeltes Panoptikum geschlechtskranker Personen und Merkmale beinhalten. Kinder folgen auf Erwachsene, Gross- oder Detailaufnahmen wechseln mit Übersichten, Arme, Beine, Torsi, Missbildungen, Organe und Föten in Reagenzien etc. Körper und Körperteile sind disparat aneinandergefügt, zusammengehalten allein durch das Thema. Die Schnitt- und Bildfolgen zeigen Körper-Stücke, verstückelte Körper, Serien heterogener Einstellungen.

Indem das mediale Zergliederungsverfahren das medizinische Untersuchungsmuster imitiert, zerlegt es Bewegungsabläufe in Einzelmomente und fächert so die Gesamtstruktur auf. Der Körper, dem Diktat der Nosologie untergeordnet, erscheint segmentiert und fragmentiert – aufgelöst in Einzelaspekte der Krankheit. Das Resultat, dies belegen die bisherigen Beispiele, bestätigt folglich Cartwrights These, wonach der untersuchte Körper durch den Apparat vermessen, reguliert, diszipliniert und transformiert wird (vgl. 1997: 20). Mareys Verfahren habe, so Cartwright in Anlehnung an Merriley Borell weiter, ein neues graphisches System begründet, mit dem ein neues Körperkonzept verbunden sei (vgl. 1997: 12). Die veränderten An-Sichten äussern sich in Perspektive und Distanz, d. h. über den Blick des Arztes auf den zu untersuchenden Körper. Darauf werde ich weiter unten eingehen, doch vorerst zurück zur Inszenierung der Geschlechtskrankheit im filmischen Bild.

20 Vgl. GEISSEL DER MENSCHHEIT.

3.3.3 Kontextualisierung der Syphilis

Bisher habe ich vorwiegend Aufnahmen betrachtet, in denen das Krankheitsmerkmal isoliert dargestellt wurde, so als ob sich die faktischen Elemente aus sich selbst generierten. Sobald sich aber das Symptom in eine Beschreibung einfügt, wie gerade dargelegt, wird es zum Zeichen umgewandelt. Halte man sich an diese Definition, schreibt Barthes, so heisse dies, „dass man vom Erscheinenden zum Semantischen“ übergegangen sei (1988: 212). Wenn man weiter davon ausgeht, dass die Inszenierung das Symptom substanziell konstituiert, so wird es durch die Einschreibung in den Kontext semantisch aufgeladen. Danach ist der segmentierte und fragmentierte Körper Ausdruck der institutionellen Macht, der er sich zu unterwerfen hat. Dies belegen die Regieanweisungen von aussen, welche die Patienten optimal vor die Kamera dirigieren. Regulierung und Disziplinierung sind aber auch Teil der *Performance*,²¹ wie Patienten vor der Kamera agieren. Hierbei drängen sich Vergleiche mit der Polizeifotographie auf, wie die Beispiele aus *UNE MALADIE SOCIALE* nahelegen.²²

Der Film beginnt mit dem Defilee der Syphilitiker, die an so genannten Nachkrankheiten wie Tabes dorsalis und Paralyse oder hereditärer Syphilis leiden. In einem Innenhof, vor einer Mauer mit grossen Backsteinen marschieren, staksen, schlurfen oder schlendern sie nach einer vorgegebenen Choreographie (Abb. 7). Zuerst gehen sie quer zur Kamera, mithilfe von Stöcken oder ohne. Danach schreiten sie direkt auf den Apparat zu, bleiben kurz davor stehen. Es erfolgt ein Schnitt, einige von ihnen erscheinen im Brustbild oder im Porträt. Schliesslich wenden sie den Kopf nach rechts und links (Abb. 8), wie es für Verbrecherfotos typisch ist. Einmal mehr scheinen die Aufnahmen durch die Absicht motiviert, den Zuschauern Anschauungsmöglichkeiten zu bieten, um die Folgen und Ausformungen der Krankheit zu studieren. Die Inszenierung der Kranken aber stellt sie in einen kriminellen oder devianten Zusammenhang.

In *UNE MALADIE SOCIALE* ähneln die Patientenaufnahmen nicht nur wegen der Kleidung und dem Setting Polizeifotos, sondern ebenso durch die Bildgestaltung. Sie folgt einem einheitlichen Muster. Obwohl es sich um sehr unterschiedliche Männer handelt, der eine grösser, der andere kleiner, dicker oder dünner ist, gleichen sie sich alle. Das liegt an der Art, wie sie fotografiert sind. Der Gang vor der Kamera zur Demonstration der Mobilität verläuft nach dem immergleichen Schema. Der Polizeifotograph Alphonse Bertillon hat

21 *Performance* verwende ich im Sinne Tröhlers. Sie grenzt den Begriff gegenüber der *Performativität* ab und meint damit „den Aufführungscharakter der ‚konkreten‘ Darbietung, die prozesshafte Gestaltung von Körperlichkeit durch den schauspielerischen und filmischen Akt der Darstellung von Figuren“ (Tröhler 2007a: 490). Obwohl die Patienten keine Schauspieler sind, agieren sie in einer Art und Weise, die wie ‚aufgeführt‘ wirkt.

22 Diese Patientenaufnahmen in *UNE MALADIE SOCIALE* stellen keine Ausnahmen dar, ähnliche Bilder kommen in den meisten Aufklärungsfilmern vor. Ausnahme bildet *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*

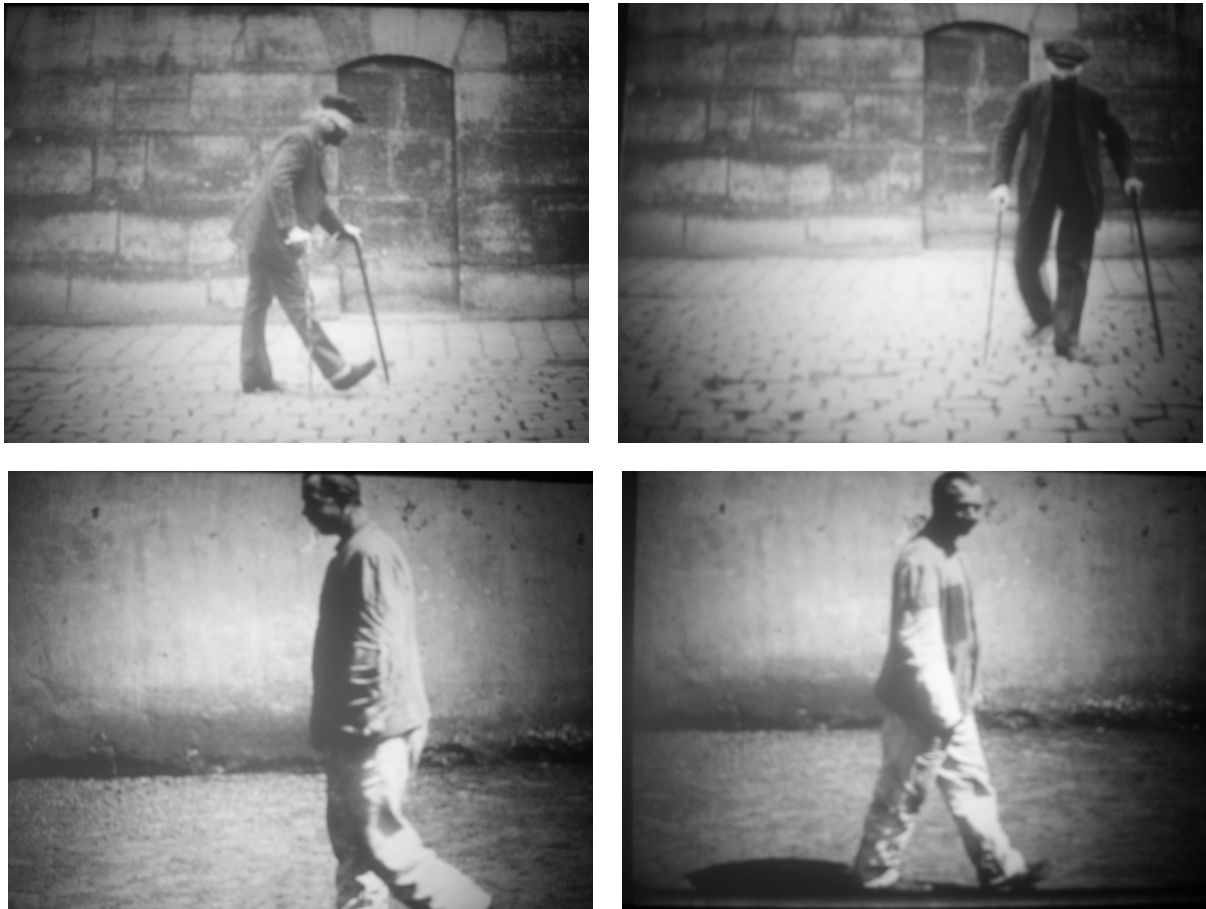


Abbildung 7: Die Syphilitiker führen ihre jeweilige Behinderung nach einer bestimmten Choreographie vor in *UNE MALADIE SOCIALE*.

Ende des 19. Jahrhunderts die Standards der polizeilichen Identitätsfotographie entwickelt (vgl. Bertillon 1895): Wissenschaftlich genau, ohne künstlerischen Anspruch hat die polizeifotographische Erfassung zu sein. Die Distanz zwischen Apparat und Objekt: Augenhöhe, Struktur, seitlicher Abstand, Brustaufnahme, rechtes Profil, diese Masse hat Bertillon festgelegt. Ja sogar der Gesichtsausdruck hat einer Schablone zu entsprechen. Genau in diesem Modus wurden die Patienten im Porträt und Profil (Abb. 8) gefilmt. Dadurch gleicht sich die ästhetische Gestaltung der medizinischen Bilder den Fahndungsfotos an. In *UNE MALADIE SOCIALE* wird sogar ein direkter Zusammenhang zwischen Geschlechtskrankheiten und Kriminalität hergestellt, denn zur selben Serie gehören zwei weitere Männer, der eine ein Krimineller, der andere ein Mörder. Im Zwischentitel wird ihre Neigung zur Gewalttätigkeit mit der geerbten Syphilis begründet. Kein anderer Aufklärungsfilm macht diesen Konnex so offensichtlich.

Die semantische Verschiebung operiert auf der Ebene der syntaktischen Struktur, wie sie Barthes für das medizinische Zeichen erläutert. Danach wird diesem im Prozess der



Abbildung 8: Porträtaufnahmen analog zur Polizeifotographie in UNE MALADIE SOCIALE.

Beschreibung ein dreifacher funktionaler Wert zugeteilt: anamnetisch, besagt er, „was stattgefunden hat“, prognostisch, „was stattfinden wird“, diagnostisch, teilt er mit, „was derzeit vor sich geht“ (Barthes 1988: 213). Dieser Struktur entlang entwickelt sich die Lektüre in UNE MALADIE SOCIALE. Im Moment der Aufnahme präsentieren die Kranken ihren damaligen pathologischen Zustand, davon abgeleitet kann darauf geschlossen werden, was früher passierte und was später geschehen wird. Die aktuellen Symptome verweisen zugleich auf das deviante Sexualverhalten, das der Infektion zugrunde liegt, und auf den künftigen physischen und vor allem psychischen Zerfall, der nicht allein den Bewegungsapparat betrifft, sondern auch das Fehlen sittlich-moralischer Werte.²³ Folglich referieren die vorliegenden Bilder eindeutig auf den eingangs zitierten Satz: „[La syphilis] n’est pas une maladie honteuse, mais il est honteux de la transmettre.“ Nicht die Krankheit an und für sich, sondern das Übertragen ist schändlich. Die Patienten – entdeckt anhand ihrer Zeichen – sind der Tat

23 Wenn sich die vorgeführten Patienten nicht selber mit Syphilis infiziert haben, so war es ein Elternteil. Selber unschuldig könnten sie trotzdem die Krankheit an ihre Nachkommen vererben.

überführt, die sie eventuell begingen oder künftig begehen könnten. So oder so tragen sie das krankmachende Bakterium in sich und sind darum potentiell gefährlich.

Im Film wird somit eine Skala der ‚Schande‘ erstellt. Die Fotos wirken wie eine öffentliche Zurschaustellung von Straftätern und gleichen daher einem Akt der sozialen Bestrafung. Dieser Eindruck wird geweckt durch die Mauer – als seien die Patienten eingeschlossen. Kleidung, Anstaltsuniformen, sowie die Haarschnitte, alle Männer tragen kurzgeschorene Haare, bestärken die Wirkung. Gleichzeitig erinnern die Grossaufnahmen an die physiognomischen Studien des Zürcher Pfarrers Johann Caspar Lavater. Sein berühmtes Werk *Physiognomische Fragmente, zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe* enthält eine Sammlung von Porträts und Schattenrissen, mit denen er den Zusammenhang zwischen äusseren Merkmalen und innerem Wesen zu belegen suchte.²⁴ Er war überzeugt, dass sich die Seele in der Physiognomie manifestiere. In den Zeichnungen arbeitete Lavater spezifische physische Merkmale heraus, die er bestimmten Charaktereigenschaften oder Wesenszügen zuschrieb. Eine ähnliche Korrelation legen die Patientenaufnahmen nahe.

Ein Blick in die Kriminalistik hilft, das Phänomen zu beleuchten. Das Bestreben, das Innere mit dem Äusseren zu verknüpfen, fand in der Kriminalistik wissenschaftlich fundierte Anwendung. Laut dem Literaturwissenschaftler Martin Stingelin knüpfte der Leipziger Johann Christian August Heinroth in *Grundzüge der Criminal-Psychologie* an Lavaters Theorie an. Dort steht:

Nicht ohne Grund und Absicht haben wir, als den Täter der *Schuld*, wie der *bösen That*, die Person bezeichnet und festgehalten. Nun ist die Person das *Innerliche* und *Aeusserliche* des Menschen *zugleich* und *in Einem*. Der *innere* Mensch ist die Person *ihrem Wesen nach*, der *äussere* Mensch ist *dieselbe* Person, *ihrer Erscheinung nach*. Wir können demnach im voraus den Satz feststellen [...]: Wie die Person *ist*, so muss sie *erscheinen* (Heinroth zitiert in Stingelin 1994: 114, Herv. i. O.).

Für das Verbrechen, die äussere Tatsache, ‚muss‘ es also einen *zureichenden* Grund geben. Folgt man dieser Logik, dann liegt die Wahrscheinlichkeit, dass jemand ein Delikt begeht, nicht in den äusseren Umständen, sondern in seiner Charakterkonstellation, mehr noch in seiner Erbmasse, begründet. Die Bestrebungen in der Kriminologie des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts gingen denn auch dahin, eine umfangreiche Datensammlung anzulegen, um daraus eine Typologie der Verbrechen abzuleiten. Nach Heinroths Beweislehre sei der Schuldbeweis erbracht, schreibt Stingelin, wenn „sich die Entsprechungen zwischen der äusseren Erscheinung des Verdächtigen und seinem inneren Wesen so weit verdichtet

²⁴ Das Werk ist von 1775 bis 1778 in vier Bänden erschienen. Lavaters Theorie, dass sich Charakter- und Seelenmerkmale im Gesicht lesen lassen, stiess bei einigen Zeitgenossen, unter ihnen der deutsche Physiker Georg Christoph Lichtenberg, auf heftige Kritik (vgl. Lavater 1968-1969).

haben, dass sie ‚den Charakter der *anschaulichen Evidenz*, und folglich der Gewissheit‘ annehmen“ (Stingelin 1994: 115). Mit wissenschaftlicher, positivistischer Akribie wurden die Verbrecher-Daten erfasst, katalogisiert und klassifiziert.²⁵ Das fotografische Aufnahmeverfahren wurde derart standardisiert, um die Bilder vergleichen und so Verbrechermerkmale von individuellen Zügen unterscheiden zu können (Stingelin 1994: 131). Übertragen auf die Patientenbilder liefert die Bestandesaufnahme physiologischer Merkmale also die „anschauliche Evidenz“, so dass sich von äusseren Symptomen auf die den Körpern immanente Geschlechtskrankheit schliessen lässt. In *UNE MALADIE SOCIALE* wird eine solche Evidenzführung initiiert, indem Symptom und Krankheit in Bezug zum kriminalistischen Kontext gestellt werden.

Durch die Anlehnung an die Polizeifotographie und der Übernahme des Vermessungsrastrers werden die Patientenbilder mit diesem Stereotyp überformt, semantisch aufgeladen und konnotiert. Das heisst, die Ansteckung einer Geschlechtskrankheit wird dadurch mit einer kriminellen Handlung in Verbindung gebracht. Durch die Inszenierung der Symptome, erweitert durch Performance und Mimik der Patienten, wird ein korrelatives Feld der Zeichen in Bezug auf die Syphilis errichtet. Die Komposition dieser Zeichen ergibt das Gesamtbild der Krankheit. Es geht also längst nicht mehr nur darum, die pathologischen Merkmale, die Krankheit in ihrem Verlauf zu beschreiben, sondern sie in einen ideologischen Rahmen zu fügen. Darstellungsweise und Bildanordnung formen die faktische Aussage um, indem die visuelle Gestaltung äussere Krankheitsformen, inneres Wesen und Verbrechen verkettet.²⁶

3.3.4 Der klinische Blick

Das technische Verfahren geht, wie oben angesprochen, mit einem veränderten Körperkonzept einher. Die Bildgebungstechnik eröffnete für die damalige Zeit neue Sichtweisen auf den Körper. Man kann auch sagen, sie konstruierte, oder besser, dekonstruierte den Körper entlang klinischer Beobachtung. Das ist notabene die Methode, wie an den Kliniken die Ärzte ausgebildet wurden und werden. Da wird weniger geforscht als vielmehr betrachtet, „um zu wissen“, und gezeigt, „um zu belehren“, wie es Foucault formuliert (2005: 99). Die Belehrung erfolgt am Objekt, wobei der Professor begleitet von den Studenten am

25 Die Kriminalanthropologie des Turiner Psychiaters Cesare Lombroso stelle eine „regelrechte Zoologie des Verbrechens“ dar (vgl. Stingelin 1994: 128–129).

26 Einen ähnlichen Schluss zieht Philipp Sarasin in seinem Aufsatz über die *Die Visualisierung des Feindes*. Laut Sarasin unterstützte die Feind-Metapher für Bakterien die Tendenz, Bakterien und Bakterienträger gleichzusetzen. Somit habe die Verfolgung nicht so sehr den Krankheitserregern, als vielmehr deren Trägern gegolten (vgl. Sarasin 2007: 455).

Patienten die Symptome erörtert.²⁷ Die klinische Praxis ist daher durch den Blick des Arztes bestimmt. Diesen Blick erweitern Diagnoseinstrumente wie Kardiograph, Pulsmesser, Röntgenstrahlen etc., die ganz spezifische Bilder liefern. Sie machen einen Sachverhalt deutlich, der mit der täglichen Wahrnehmung bricht. Alle diese technischen Instrumente fabrizieren Körperan- und -einsichten, die nichts mit der normalen physischen Empfindung zu tun haben. Dennoch, so schreibt Cartwright in Anlehnung an Merriley Borell, vermochten sie die Körpervorstellungen zu verändern (vgl. 1997: 12). Denn der Apparat übernimmt nicht nur die Perspektive des Arztes auf das zu untersuchende Objekt, sondern überträgt sie ebenso auf den Betrachter. Der technische Apparat diktiert nicht nur das Bild, sondern auch den Blick des Zuschauers.

Für Foucault, so die Autorin weiter, war die Verschiebung in der Wahrnehmung verbunden mit dem Wechsel von einer Naturgeschichte des 18. Jahrhunderts hin zur Biologie des 19. Jahrhunderts, gekennzeichnet durch eine veränderte Beziehung zwischen Repräsentation und Objekten. Die neuen bildtechnischen Verfahren brachen mit alten Vorstellungen (vgl. ebd.: 10-11). Ging es früher darum, die Dinge im Lebenszusammenhang zu erhellen, zu klären und im direkten Kontakt zu ertasten, so suchte die biologische Darstellung offen zu legen, was nicht gesehen werden kann. Der „medizinische“ Blick liegt denn auch im empirischen Verfahren von Untersuchung und Diagnose begründet. Nach Foucault konstituiert sich der Blick des Arztes als derjenige einer Institution, die ihn legitimiert, als einer, der die kleinsten Veränderungen und Anomalien erfasst, und schliesslich als ein kalkulierender, der Chancen und Risiken erschliessen hilft (Foucault 2005: 103). Nach wie vor ging man davon aus, dass die Krankheiten einen sichtbaren Imprint auf der Körperoberfläche aufweisen, der auf den zugrunde liegenden pathologischen Zustand verweist. Zunehmend schob sich aber das medizinische Instrumentarium zwischen Beobachter und Ding (Erkenntnisgegenstand). Anstelle der Augen, Ohren und Hände des Arztes, die den Zustand des Patientenkörpers sinnlich in Erfahrung brachten, trat die Technik. Diese baute eine Distanz zum Objekt auf. Das heisst, auch der Blick des Arztes auf den Körper ist durch das Gerät und das Verfahren bestimmt (vgl. Sicard 1995: 11-23). Dazu gehörten medizinisch-klinische wie Repräsentationsgeräte und Apparate. Instrument und Forscher traten in eine Wechselwirkung, wobei Ersteres die Sinne des Arztes ersetzte, an dessen Stelle trat.²⁸

Cartwright differenziert den „medizinischen“ Blick weiter, der nicht ans Labor, an die Erforschung von Neuem gebunden ist, sondern an die Klinik als Ort der Überwachung und

27 Mit der Neuorganisation der medizinischen Versorgung, nach der Schliessung der Universitäten im Zug der Französischen Revolution, setzte die Regierung die Kliniken als Ausbildungsstätten wieder ein, schreibt Foucault. Die Patienten genau zu beschauen, die Symptome zu eruieren, um die Diagnose zu stellen, ist daher die klinische Untersuchungsmethode (vgl. Foucault 2005: 75ff.).

28 Vgl. hierzu die Disseration von Monika Dommann (2003) zur Geschichte der Röntgenstrahlen (1896-1963).

Kontrolle. Genau dies habe sich in den psychiatrischen Anstalten etabliert, in denen seit Mitte des 19. Jahrhunderts neurologische Forschungen mit Patienten durchgeführt wurden. Obschon der Nosologie psychischer Erkrankungen wie Hysterie verpflichtet, erweiterten die Mediziner durch die Aufnahmetechnik ihren Machtraum. Zur Begründung führt Cartwright die kinematographischen Studien von William Spratling und Walter Greenough Chase an, welche die beiden ab 1905 mithilfe der Biograph Company in der Craig Colony, einer öffentlichen New Yorker Anstalt, durchführten (vgl. Cartwright 1997: 56-71). Spratling und Chase filmten Patienten während ihrer epileptischen Anfälle. Ziel war es, die unbewussten und spontanen physischen Bewegungen einzufangen, um einen Atlas zu erstellen, der es erlaubte, Typologien festzustellen, um daraus die Krankheitsursachen erklären zu können. Was Cartwright in ihrer Analyse zeigt, ist, dass die Mediziner mithilfe des Apparates ihr Untersuchungsfeld erweiterten. Sie suchten möglichst viele Anfälle, ebenso die täglichen Aktivitäten der Insassen der Kolonie bis hin zu deren Tod zu beobachten – und damit die Patienten komplett zu überwachen (vgl. ebd.: 57). Die grösste Herausforderung, so Cartwright, bestand darin, die Kranken, die sich frei im Camp bewegen konnten, rechtzeitig vor die stationär installierte Kamera zu bringen, um ihre epileptischen Zuckungen filmen zu können. Dabei schien es den Ärzten auch darum gegangen zu sein, die sich unkontrolliert artikulierenden Körper im ‚Rahmen‘ zu halten.

Ähnliche Sequenzen aus psychiatrischen Institutionen sind auch in den Aufklärungs-Lehrfilmen enthalten. In *GEISSEL DER MENSCHHEIT* etwa demonstrieren Patienten unterschiedliche Grade neuronaler oder motorischer Schädigungen, verursacht durch die Syphilis. Dazu gehören die defilierenden Männer, das Mädchen mit dem Stoffhasen oder der Insasse, der sich anziehen soll und dabei mit Jacke und Hemd kämpft; die letzteren beiden Patienten sind in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* zu sehen. Ihr Verhalten und Gebaren wird in kurzen Sequenzen festgehalten. Der Handlungsraum mancher Patienten ist begrenzt durch das Bett oder den Stuhl. Andere agieren ‚frei‘ und direkt vor der Kamera: Ihre Aktivitäten müssen nicht durch Gegenstände im Rahmen gehalten werden, weil sie ein paradigmatisches und damit diszipliniertes Verhalten vorführen. Sie bewegen sich nach einem festgelegten Ablauf wie das Hin- und Hergehen im Raum oder das Kopfdrehen. Der Rahmen, die Kadrange, bildet die Bühne, auf der sie ihre Symptome ‚aufführen‘. Der beobachtende Apparat reguliert und diszipliniert ihr Verhalten. Ein Verhalten, das bei den geistig erkrankten Patienten schwer kontrollierbar scheint. Doch selbst der sich ankleidende Mann (Abb. 9), der, während er mit den Kleidern kämpft, lauthals reklamiert, bleibt innerhalb der apparativen Grenzen. Was die Kranken vorführen, sind Typologien eines anormalen Verhaltens. Diesem sind normative Handlungsmuster wie das Ankleiden, Schreiben oder Gehen unterlegt, von denen sich die Abweichungen eklatant abheben. In der Differenz,

indem das dysfunktionale Handeln als solches taxiert wird, bleiben die Normen transparent und werden dadurch bestätigt.

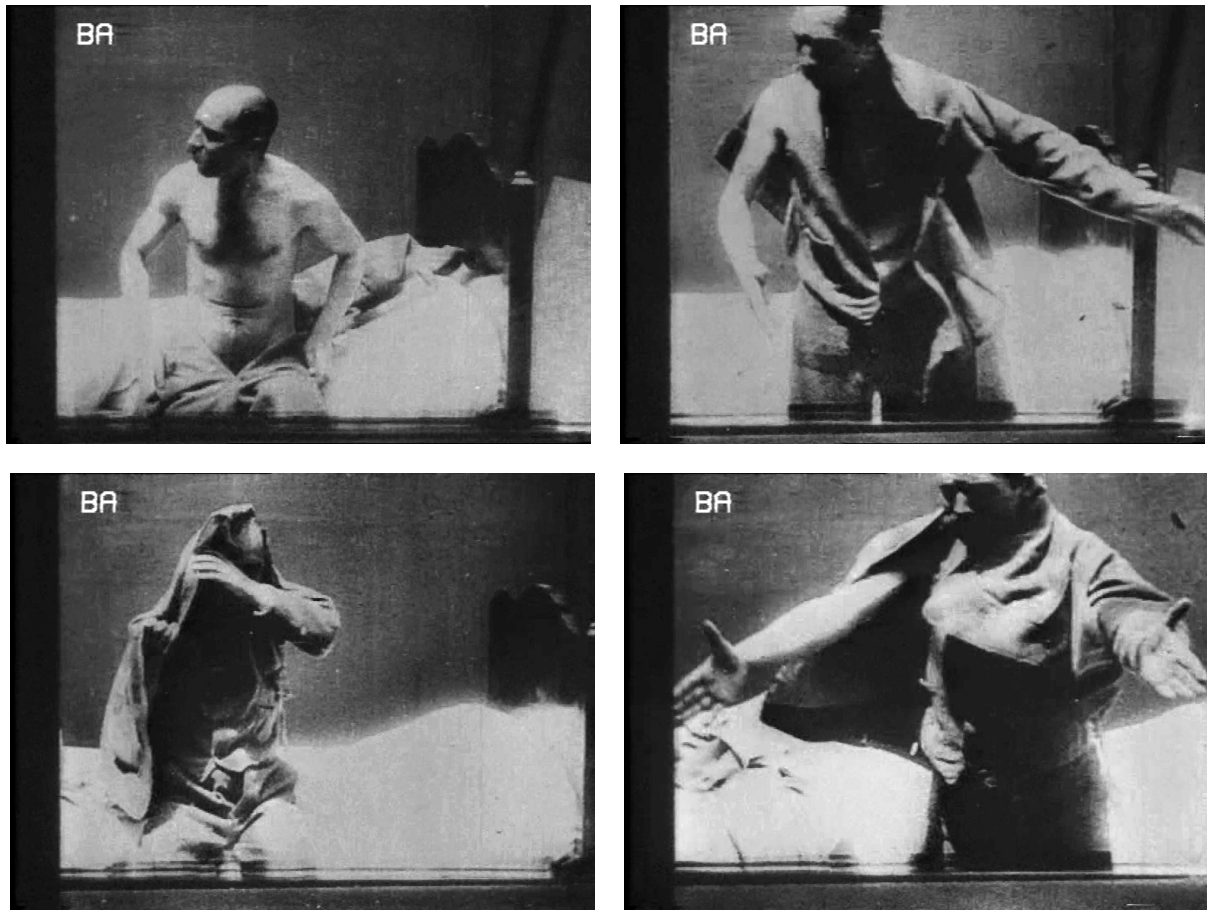


Abbildung 9: Ein Syphilitiker mit Nachkrankheiten beim Versuch sich anzukleiden in
DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN.

Die Kamera kontrolliert und diszipliniert also die Kranken. Der Apparat hält ihre physische Erscheinung nicht nur fest, sondern ‚ertastet‘ die Oberflächen, ‚dringt‘ mithilfe der Mikroskopie gar unter die Haut. Dabei imitiert das Kameraauge den erkundenden Blick des Mediziners. Mehr noch, Maschine und Sichtposition fallen zusammen. Dass sich die Patienten beobachtet, dass sie sich der registrierenden Linse ausgesetzt fühlen, machen ihre Reaktionen offenbar. Entweder meiden sie den direkten Blick in die Kamera, schauen zur Seite oder sie tragen eine Augenmaske. Sind sie frontal aufgenommen, so gleiten ihre Pupillen nervös hin und her, als ob ihnen der Umstand, betrachtet zu werden, peinlich wäre. Anders reagieren die geistig ‚behinderten‘ Patienten. Sie schauen neugierig und direkt in die Kamera. Auch Kinder scheinen vom technischen Apparat unwillkürlich angezogen, so dass sie immer wieder hingucken. Dennoch kontrolliert und überwacht die Kamera im Akt der Aufzeichnung jede ihrer Regungen. Indem der Zuschauer die Bilder anschaut, registriert er

ebenfalls jedes Merkmal, jede Bewegung der Abgebildeten. Die Position des aufzeichnenden Instrumentes deckt sich mit der des Betrachters.

Der ‚Blick‘ organisiert das Bild, stellt seine innere Ordnung her und lenkt die Aufmerksamkeit. Oder wie es der französische Philosoph Régis Debray ausdrückt: „Regarder n’est pas recevoir mais ordonner le visible, organiser l’expérience. L’image tire son sens du regard, comme l’écrit de la lecture, et ce sens n’est pas spéculatif mais pratique“ (Debray 1997: 56). Der Sinn, den die Betrachter aus dem Gezeigten ziehen, hängt von der Perspektive ab, die sie auf das Bild erhalten. Mit Bezug auf Erwin Panowsky argumentiert Debray weiter, dass die Zentralperspektive des Betrachters nicht mehr nur eine der Möglichkeiten darstellt, aus der das Bild angeschaut werden kann. Vielmehr kommt er durch sie in den „Besitz“ des Bildes (Debray 1997: 325). Die Perspektive weist dem Zuschauer seinen Platz im Gefüge zwischen Bildobjekt und Medium zu, lenkt den Blick und dadurch die Lektüre. Da sich in den Aufklärungsfilmen Kamerablick und Zuschauerperspektive decken, wird dem Rezipienten dieselbe Sichtweise oktroyiert. Das heisst, die Art, wie das Publikum die ausgestellten Körper betrachtet, ist durch den Apparat bestimmt. Der „klinische“ Blick überträgt sich auf die Betrachter. Es kommt zu einer Überlagerung der Blicke von Arzt, Kamera und Zuschauer.

Die Übertragung drängt die Zuschauer in eine Doppelposition. Denn die explizite Intention der Aufklärungsfilme und Motivation der Patientenbilder ist die Warnung vor einer möglichen Ansteckung mit Syphilis oder Tripper. Einerseits wenden sich die Zwischentitel direkt an die Zuschauer, schreiben ihnen Verhaltensregeln vor, fordern sie auf, zum Arzt zu gehen etc. Andererseits dienen die vorgeführten Kranken als mahnende Beispiele. Das Publikum wird dadurch als potentiell gefährdet mit ihnen gleichgesetzt. Die Krankheitsbilder sollen ihnen als Vorlage dienen, den eigenen Körper zu beobachten. Die Zuschauer sollen sich selbst betrachten mit dem Bewusstsein, „*dass* und *wie* sie betrachtet“ werden. Dafür müssen sie sich einen „schielenden Blick“ aneignen, ähnlich wie ihn Sigrid Weigel für die Frau in der männlichen Ordnung beschrieben hat (1988: 85; vgl. auch Laura Mulvey 2000). Das heisst, der „klinische“ Blick, wie er sich dem Publikum darbietet, fächert sich auf in eine Beobachterposition gegenüber den kranken Körpern und gegenüber dem eigenen, wobei erstere die zweite dominiert. Der „klinische“ Blick, den sich der Zuschauer zu eigen machen soll, verschränkt Fremd- und Selbstwahrnehmung.

Die letzten Überlegungen führten vom eigentlichen Feld, nämlich der Konstitution medizinischer Befunde, etwas weg. Doch lassen sich die Bildinhalte schwer von der Lektüre trennen. Erst durch den Zuschauer, im Akt der Betrachtung erhält das Bild seinen Sinn. Doch zurück zur Visualisierung der Symptome und ihrer Semantisierung, im Folgenden werden

die Generierung und die didaktische Vermittlung des medizinisch-(wissenschaftlichen) Wissens in den teil-fiktionalen Filmen untersucht.

3.4 Die teil- und fiktionalen Aufklärungsfilme

Mehr noch als die Lehrfilme nutzen die teilfiktionalen Aufklärungsfilme filmgestalterische Mittel und Spielfilmkonventionen. Was sie am meisten unterscheidet, ist, dass nicht anonyme Patienten an Syphilis oder Gonorrhö erkranken, sondern die Protagonisten selbst. Ihnen kommt daher in der Vermittlung des medizinischen Wissens und der Präsentation der Symptome eine wichtige Rolle zu. Dies gilt auch für die teilfiktionalen Filme *FALSCHES SCHAM*, *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*, *FEIND IM BLUT* sowie den Trickfilm *ON DOIT LE DIRE*. Im Gegensatz zu den Lehrfilmen, die das Vorführen der Kranken aus dem Lehrvortrag motivieren, sind es hier nämlich die Protagonisten, die informiert und überzeugt werden müssen. Die weitere Untersuchung fokussiert also auf die Einbindung der medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse in die fiktionalen Episoden und die Rolle der Protagonisten als Agenten der didaktischen Vermittlung. Dabei stellt sich die Frage, ob sich dadurch der Aussagegehalt der medizinischen Bilder ändert und inwiefern.

Wie eng verschränkt dokumentarische und fiktionale Formen gehandhabt wurden, zeigt sich daran, dass einzelne Lehrsequenzen selbst in die fiktionalen Aufklärungsfilme übernommen wurden. Dabei wurden Lehrsequenzen mit der Figurenhandlung verwoben, liefern jedoch das medizinische Wissen, um das Verhalten der Protagonisten beurteilen zu können. Während in den Lehrfilmen die Zwischentitel die Narration und das Bildmaterial organisieren und strukturieren, hält in den teilfiktionalen Filmen eine Rahmenhandlung das Ganze zusammen: In drei Beispielen ist es ein Arzt, der über seine Krankenfälle berichtet und so die Wissensvermittlung leitet, während er zugleich den Heilungsprozess der Protagonisten überwacht. In *FEIND IM BLUT* ist es ein Medizinstudent, der Vorlesungen über Geschlechtskrankheiten besucht und sich selber geschlechtskrank wähnt.

Nachfolgend werde ich zuerst einen summarischen Überblick der teil- und fiktionalen Filme geben, bevor ich die didaktische Vermittlung, die inhärente Lektüreführung sowie die Präsentation der Krankheitsmerkmale untersuche. Ich beginne die Beschreibung mit *FALSCHES SCHAM*.

3.4.1 Die charakteristischen Aufklärungsfilme

Im Mittelpunkt von *FALSCHES SCHAM* (Rudolf Biebrach, D 1926), in vier Akten, steht ein Sanitätsrat und der drei seiner Krankheitsfälle, ein junger Medizinstudent mit Tripperinfektion und zwei junge Frauen mit Syphiliserkrankung, die er berät und heilt. Der erste Akt

ist noch losgelöst von den Aktivitäten des Sanitätsrats. Zwei Gymnasiasten besuchen den Jahrmarkt und sind begierig sich in ein Liebesabenteuer zu stürzen. Aufgefordert durch einen besorgten Zuschauer besuchen sie stattdessen die Aufklärungsausstellung gegenüber einer Schaubühne. Am Anfang schlendern sie einer Reihe von Moulagen entlang, die Affekte an Mund, Hand und Brust zeigen. Beim Anblick der Syphilis eines Säuglings wischt sich der eine Junge ergriffen den Schweiß von der Stirn. Kurz darauf hält ein Mediziner einen Vortrag, der dasselbe Lehrmaterial verwendet, das auch in *GEISSEL DER MENSCHHEIT* benutzt wurde. Er spricht über Filzläuse, in Mikroaufnahme zu sehen, Krätzmilbe, danach über den Tripper.

Im zweiten Akt gesteht ein junger Medizinstudent seinem älteren Kollegen, dem Sanitätsrat, dass er sich womöglich mit Tripper angesteckt hat. Während der Konsultation zeigt sich, dass der junge Mann uneinsichtig ist und die Krankheit nicht ernst nimmt. Erst der Gang durch die Klinik, während dessen ihm der Sanitätsrat schwerwiegende Fälle vorführt, bringt ihn zur Besinnung. Ausschlaggebend hierzu ist das entstellte Gesicht eines blinden Jungen, der von seiner Mutter mit Gonorrhö angesteckt worden ist.

Ähnlich leichtfertig hat sich eine junge Amme, im dritten Akt, mit Syphilis anstecken lassen: Ein Verehrer raubte ihr einen Kuss. Die ersten Symptome liess sie sich, auf Anraten einer Nachbarin, von einem Kurpfuscher behandeln. Vermeintlich geheilt hat sie wiederum den ihr anvertrauten Säugling infiziert. Der Sanitätsrat deckt den Fall auf, worauf sie entlassen wird. Immerhin bietet er der jungen Frau eine neue Stelle auf seiner Station an. Während ihrer Arbeit, beim Abstauben der Präparate mit syphilitischen und gesunden Organen, die in einer Vitrine ausgestellt sind, defiliert eine Gruppe Syphilitischer an ihr vorbei. Angsterfüllt rennt sie davon, doch schon in der nächsten Tür stösst sie auf einen schwächlichen Säugling mit syphilitischem Ausschlag. Derart geschockt bittet sie den Arzt, sie und das ihr anvertraute Kind zu heilen.

Der letzte Akt behandelt zwei Krankheitsfälle in einer Episode. Erzählt wird die klassische Familieninfektion zweier Generationen mit unterschiedlichem Ausgang: erst die Geschichte eines Bauernpaares, danach die der jungen Nichte. In der ersten hat sich ein Bauer als junger Soldat angesteckt, die Krankheit vernachlässigt und später an seine Frau übertragen. Nun sind beide alt und krank. Zu den körperlichen Leiden gesellen sich finanzielle Probleme; der Hof muss verkauft werden. „Und das alles wegen einer Viertelstunde – vor vierzig Jahren!“, heisst es. Seine Frau leidet an Paralyse, ‚Hirnerweichung‘. Während er mit einem Käufer über den Verkaufspreis verhandelt, wird sie jähzornig. Sie packt, was sie ergreifen kann, und schmeisst es gegen die beiden. Der herbeigerufene Arzt klagt, dass sie, die Frau, wohl im Irren- und er, der Bauer, im Armenhaus ihr künftiges Dasein fristen werden – auf Kosten der Gemeinde. Nach diesem Vorfall zieht die Nichte in die Stadt, wo sie sich mit

dem Kaufmann Karl Mertens anfreundet und prompt von ihm mit Syphilis infiziert wird. Auf Rat einer Kollegin begibt sie sich in ärztliche Obhut. Dasselbe verlangt sie von ihrem Freund, damit sie bald heiraten könnten. Doch Mertens weigert sich, da ihm die Behandlung zu langwierig erscheint. Erst mit viel Geduld und der Zusprache des Mediziners gelingt es schliesslich, beide zu heilen und sie ins Eheglück zu entlassen.

Nach demselben Erzählmuster verfährt *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* (Jean Benoit-Lévy/Marie Epstein, F 1929). Der Figur des Sanitätsrats aus *FALSCHER SCHAM* entspricht der Chefarzt der Maternité. Er erzählt beim Sonntagsnachmittagskaffee seinem Sohn von drei Patienten, die alle an Syphilis erkrankten, sich unterschiedlich behandeln liessen und somit drei verschiedene Krankheitsgeschichten aufweisen. Die Männer haben sich im Militärdienst kennen gelernt und Freundschaft geschlossen. Dort lassen sich auch zwei von ihnen, der Bankangestellte Georges und der Bauer Jacques, mit Mädchen ein und stecken sich prompt an. Während Georges sich sofort behandeln lässt, um heiraten zu können, erachtet es Jacques als völlig unnötig. Kerngesund und stark wie er sei, könne er die Krankheit ja gar nicht in sich tragen. Alle drei heiraten zur selben Zeit. Die erwarteten Geburten bringen die Vergangenheit nacheinander ans Licht. Der vorbildliche Georges ist bald Vater zweier gesunder Kinder. Dagegen bringt die Frau des Garagisten und dritten im Bunde, Charles, zuerst ein behindertes Mädchen zur Welt. Der Chefarzt, sein ehemaliger Arbeitgeber, erkennt sofort, dass es sich um eine Hérédo-Syphilis handeln muss, die Charles von seinem Vater geerbt hat. Väterlich besorgt, führt er nun seinen früheren Chauffeur durch die Maternité und stellt ihm die verschiedenen Abteilungen der Prophylaxe vor. Argwöhnisch und ängstlich zuerst, doch zunehmend zuversichtlicher lässt dieser sich alles erklären, um am Ende in eine Behandlung einzuwilligen. Anders dagegen der unverbesserliche Jacques. Nachdem auch das dritte Kind (seine Frau erlitt bereits zwei Fehlgeburten) nur eine Viertelstunde lebt, kann er die Krankheit nicht länger verleugnen. Der Arzt redet ihm ins Gewissen und verspricht ihm künftiges Familienglück, sofern er sich kurieren lasse. Und so endet der Film: Alle drei Freunde feiern ihr 25. Hochzeitsjahr inmitten ihrer Kinderschar.

Ein sehr bemerkenswerter, kurzer Aufklärungsfilm ist *ON DOIT LE DIRE*. Es handelt sich dabei um einen Zeichentrickfilm, der, reduziert auf das Wesentliche, sehr stereotypisch aufgebaut ist. Auch hier klärt ein Arzt die Zuschauerschaft sehr direkt, frontal wie in einem Vortrag über die Folgen der Syphilis auf. Gestik und Mimik des gezeichneten Mediziners sind reduziert, prägnant und darum umso erhellender. Sie machen sofort klar, welches Gewicht den Worten dieser Autorität zuzumessen ist. Gerade das Gestikulieren lässt ihn aber karikiert wirken – eine Zuspitzung, auf die ich weiter unten eingehen werde. Erzählt wird dieselbe Geschichte wie die von Jacques und Georges. Ein junger Soldat, Mathieu, besucht während seines Dienstes eine hübsche junge Dame. Dasselbe unternimmt sein Kamerad Mattéo. Vier Wochen später zeigt sich der Primäraffekt an Mattéos Mund und Hals.

Aufgeschreckt von den körperlichen Veränderungen seines Gefährten wähnt sich Mathieu ebenfalls krank. Bewusst lehnt er das Angebot eines Kurpfuscher ab und begibt sich in die Obhut des Militärarztes. Dieser eröffnet ihm die Diagnose – zwischengeschnitten sind Aufnahmen aus *SPIROCHAETA PALLIDA*: Es ist die Syphilis. Zuerst ist Mathieu geschockt, doch dann verspricht ihm der Arzt Heilung, und nach einer längeren Behandlung dürfe er auch heiraten. Damit er versteht, wie wichtig diese Prozedur ist, führt der Arzt ihm zwei Fälle im Militärspital vor. Zwischen die Trickaufnahmen sind dokumentarische Patientenbilder montiert: Ein Glasbläser mit einem Affekt an den Lippen sowie nässende Papeln am Unterschenkel eines anderen Mannes.

Parallel zum Fall Mathieu ist derjenige von Mattéo aufgebaut, der sich nach den ersten Symptomen nicht behandeln lassen will. So durchläuft Mattéo sämtliche Stadien der Krankheit, verheiratet sich, steckt die Frau an, die wiederum drei missgebildete Kinder gebiert. Vor unseren Augen skizziert die Hand des Zeichners ihre äusseren Erscheinungsformen. Und obwohl diese schauerlich sind, ihr Schicksal bemitleidenswert ist, wirken sie wie Gnome, Karikaturen der Deformationen (Abb. 10). Dasselbe geschieht mit Mattéo: Er erleidet den körperlichen Zerfall von Demenz, Immobilität bis zum Tod, symbolisch mit einem Totenschädel dargestellt. Mathieu, der sich rechtzeitig therapieren liess, ist 20 Jahre später stolz umringt von seiner Kinderschar.



Abbildung 10: Mattéos Kinder mit Erbsyphilis als Karikaturen in *ON DOIT LE DIRE*.

Der vierte teilfiktionalen Aufklärungsfilm *FEIND IM BLUT* teilt die ‚Aufklärung‘ über die Geschlechtskrankheiten auf drei Figuren und ihre individuellen Fallgeschichten auf: den Medizinstudenten, seinen Freund sowie einen Arbeiter. Der Film fällt durch seine ästhetische Gestaltung auf, mit der der Regisseur in *BERLIN – DIE SINFONIE DER GROSSSTADT* (D 1927) auf sich aufmerksam machte. Ausserdem ist es der einzige Tonfilm in meinem Untersuchungskorpus. Doch es ist nicht diese technische Neuerung, die ihn aus der Gruppe herausragen lässt. Mehr noch ist es die Montage, die Verknüpfung der Bilder, das assoziative Aneinanderfügen von Stimmungsbildern zur Handlung. Der Sinn erschliesst sich nicht allein aus den Bildinhalten. Komposition und Orchestrierung der Montage sind ebenso erkenntnistiftend eingesetzt. Damit nutzt Ruttmann die gestalterischen Mittel, wie sie

für den Spielfilm typisch sind. Die Arztfigur, obwohl sie in *FEIND IM BLUT* nach wie vor zentrale Aufgaben übernimmt, gibt ihre Funktion als alleiniger Wissensvermittler ab: Wichtige Kenntnisse des Films eruieren die Zuschauer selber im Prozess der Perzeption und Rezeption.

Die Hauptfigur ist, wie erwähnt, ein Medizinstudent, der sich mit Syphilis angesteckt glaubt und sich deshalb untersuchen lässt. Darüber hinaus besucht er an der Universität eine Vorlesung zum Thema. Die Vermittlung des medizinisch-wissenschaftlichen Wissens ist durch die Vorlesung motiviert. Analog dem Lehrvortrag werden das Eindringen via Trick und die Symptome mittels Moulagen vorgeführt. Wichtige Nebenfiguren sind sein Freund, an dem die Verführung und das Ansteckungsszenario exerziert wird, sowie der Fabrikarbeiter mit vernachlässigter Syphilis, dessen Frau sich nach der Geburt des kranken Kindes umbringt. Die drei Fälle sind ineinander verwoben als drei Geschichten in einer Grossstadt. Davon hebt sich die Eingangssequenz stilistisch und narrativ ab. Der Film beginnt nämlich mit einer Bildserie von Kindern, Blüten und Obst, wobei in der Montage die Aufnahmen der gesunden durch kranke Kinder, diejenigen der saftigen Äpfel durch faule und wurmstichige Früchte zwischengeschnitten sind. Dadurch kippt die anfänglich fröhliche Stimmung der lachenden Kinder in eine düstere.

Obwohl stark verkürzt, belegen die Inhaltsbeschreibungen, dass die Krankheitsverläufe einerseits an konkreten Geschichten und Personen festgemacht sind. Es haben sich somit nicht mehr anonyme Menschen infiziert, sondern *vertraute* Filmfiguren stecken sich mit Tripper oder Syphilis an und müssen therapiert werden. Hier stellt sich die Frage, inwiefern dies den Aussagegehalt des medizinischen Anschauungsmaterials beeinflusst. Andererseits ist augenfällig, dass die Krankheitssymptome nicht mehr explizit den Zuschauern im Kinosaal, sondern den filmischen Figuren präsentiert werden. Sie sollen in erster Linie aufgeklärt und darüber hinaus von der Dringlichkeit einer Therapie überzeugt werden. Das heisst, zwischen medizinischem Inhalt und Zuschauer fungieren die Protagonisten als Mittler im Belehrungsprozess. Oben habe ich dargelegt, wie durch die Präsentation der Kranken im Kontext der Klinik, der denotative Aussagegehalt der pathologischen Merkmale konnotiert wurde. Wie steht es damit, wenn die Symptome im Gefüge sozialer Interaktionen dargestellt sind? Lädt die Verknüpfung mit individuellen Erlebnissen sowie die Anbindung an die Wahrnehmung der Figuren die Krankheitsmerkmale zusätzlich semantisch auf? Welche Sinnverschiebungen lassen sich gegenüber der Darstellung der Krankheitssymptome in den Lehrfilmen ausmachen? Da in den folgenden ‚rein‘ fiktionalen Aufklärungsfilmen die Rahmenhandlung entfällt, hängt die Vermittlung noch stärker von den kranken Protagonisten ab. Bevor ich auf diese Fragen im Detail eingehe, stelle ich die beiden Filme kurz vor.

3.4.2 Die fiktionalen Aufklärungsfilme

LE BAISER QUI TUE und DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? kennzeichnen sich gerade dadurch, dass der Lehranteil auf ein Minimum reduziert ist. Dafür durchleben die Protagonisten die Syphilis am ‚eigenen Leib‘ – mit unterschiedlichem Ausgang. Während der Maler Paul Hartwig in Oswalds Film am Ende an den Folgen stirbt, rettet sich Yves Le Goff, der Protagonist im französischen Titel selbst, weil letztlich alles nur ein Alptraum war. Davor geschieht Folgendes: Le Goff, ein junger, impulsiver Fischer lebt in einem kleinen Dorf am Meer in der Bretagne. Er ist in die schöne Anne-Marie verliebt. Auch deshalb möchte er sich in der Marine verdingen, um später selber ein Schiff zu führen und ihr zu imponieren. In der in der Cinémathèque Suisse archivierten Fassung offenbart sich sein leidenschaftliches und zugleich trotziges Wesen in der Schlägerei mit dem Nebenbuhler.²⁹ Diesem Temperament kann Anne-Marie nicht widerstehen und gesteht ihm am Vorabend seiner Abreise ihre Liebe. Wie eine Perlenkette reihen sich nachfolgend Szene um Szene aneinander, die seine Verdienste beim Militär auflisten, deren Höhepunkt sein Einsatz zur Rettung der Mannschaft während eines Manövers bildet. Derweil sehnt sich Anne-Marie zu Hause nach dem Geliebten. Eines Tages lässt sie sich von einer Zigeunerin die Zukunft aus den Karten lesen. Anstatt ihr das ersehnte Glück zu prophezeien, verlacht die Alte sie. In ihrer Kugel taucht unvermittelt das Antlitz einer anderen jungen Frau auf, über das sich ein Totenschädel legt.

Dieser Moment markiert den Wendepunkt, kurz darauf liegt Le Goffs Schiff in Marseille vor Anker. Da lässt er sich, der bis dahin jeder Versuchung widerstanden hat, nach ein paar Gläsern Wein von einer jungen Frau verführen und steigt mit ihr aufs Zimmer. Zurück auf dem Schiff plagen ihn Selbstzweifel, er ist misstrauisch, dauernd verärgert. Zur Abhilfe leistet er freiwillig Dienst. Da erinnert er sich eines Abends daran, wie er in jener Nacht stockbetrunken auf dem Bett liegt, die junge Frau sich entkleidet und lacht, und wie sie sich danach über ihn beugt und ihn küsst. Unvermittelt verwandelt sie sich aber in ein Skelett. Bei dieser Vorstellung, durch subjektive Bilder umgesetzt, zuckt Le Goff angewidert zurück. Grimmig schaut er im Raum umher, da fällt sein Blick auf „Dr. Galtier-Boissière: Larousse médical illustré“ und er liest darin. Eingeschoben ist nun eine Lehrpassage als illustrierte Wissensvermittlung: das Eindringen der Gonokokken als Trick animiert, Patienten mit syphilitischen Nachkrankheiten sowie Kinder mit hereditärer Syphilis. Am Ende krakelt ein Oktopus durch Le Goffs Fantasie.

Ein Kamerad steckt ihm später die Adresse eines Wunderheilers zu, zu dem sich Le Goff aufmacht. Vermeintlich geheilt, kehrt er nach dem Dienst in den Heimatort zurück,

²⁹ Diese Sequenz fehlt in der französischen Fassung, die im Centre national du cinéma français (CNC) in Bois d'Arcy archiviert ist. Grundlage meiner Beschreibung ist daher die Fassung, die in der Cinémathèque Suisse erhalten ist, weil sie die ausführlichere ist.

wo er die schöne Anne-Marie heiratet. Das Glück dauert aber nicht lange. Bald nach der Hochzeit zeigen sich bei ihr erste Symptome: Sie ist müde, abgespannt und hat einen Ausschlag auf dem Dekolleté. Statt sie zu informieren, flüchtet er sich in die Arbeit und in die Kneipe. Während seine Frau zu Hause niederkommt, holt ihn die Schwiegermutter ans Bett der Wöchnerin zurück. Für einen kurzen Moment nur ist die junge Familie vereint, bevor die Krankheit Le Goffs Verstand gänzlich zerfrisst. Aber auch der Körper des Säuglings ist durch einen syphilitischen Ausschlag entstellt. Kurze Zeit später scheint er völlig verrückt, versucht mit der Axt Frau und Kind zu erschlagen. Ihr gelingt es mit dem Kind zu entkommen, während er sich immer wilder um sich dreht, sich wie ein Fisch an Land am Boden windend. In einer Überblendung liegt er schliesslich gefangen und eingewickelt in ein Netz am Boden.

Da schreckt Le Goff auf: Er sitzt in seiner Hängematte im Unterdeck, alles war ‚nur‘ ein Alptraum. Dieser war aber so wirkungsvoll, dass sich der Matrose sofort in ärztliche Behandlung begibt. Er gesteht sogar Anne-Marie seine Untreue. Am Ende gewinnt er ihr Herz zurück, wird Kapitän eines Schiffes – das Glück ist perfekt. Während er in Uniform am Steuer steht, winkt ihm seine Frau mit dem gesunden Kind auf dem Arm zu.

LE BAISER QUI TUE setzt vornehmlich auf die emotionale Ebene. Die Zuschauer sollen, so die mutmassliche Intention, am Erleben des Protagonisten teilhaben und durch ihn und über ihn ähnliche Erfahrungen machen. Die filmästhetische Gestaltung provoziert perzeptive Erlebnisse, wie sie auch der Figur widerfahren. So ist der Wahn Le Goffs in eine exzessive Bildgestaltung überführt, die sein Gesicht zu einem Monster anwachsen lässt und die Wahnvorstellungen mittels assoziativen Bildern illustriert. Diese Art von Krankheitsdarstellung und Wissensvermittlung unterscheidet sich gänzlich von derjenigen in den medizinisch-dokumentarischen Aufklärungs-Lehrfilmen sowie den teilfiktionalen Film. Die Aufklärungs-Spielfilme suchen auf der Basis emotionaler Anteilnahme die Wahrnehmung der Zuschauer zu beeinflussen.

Während der französische Film auf das persönliche Erleben des Matrosen fokussiert, thematisiert DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? das Verhältnis zwischen einem Arzt und einem Patienten, die zugleich Freunde sind. Dramaturgisch ist die Geschichte als – männliches – Melodrama aufgebaut.³⁰ DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? ist, wie erwähnt, ein Remake von ES WERDE LICHT!, dem ersten deutschen Aufklärungsfilm, an dem der Dermatologe und spätere

³⁰ Das Melodrama zeichnet sich laut Laura Mulvey dadurch aus, dass sich der dramatische Konflikt des Films zwischen zwei Personen entwickelt, die eng verbunden sind entweder durch Verwandtschaft oder Liebe (vgl. Mulvey 1987: 75). Nach Thomas Elsaesser sind die ideologischen Konflikte, in die die Helden geraten, weil individuelle und soziale Ansprüche unvereinbar scheinen, im Melodrama „in die emotional aufgeladene Familiensituation“ transponiert (Elsaesser 1994: 98). Beide Merkmale kennzeichnen DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? aus.

Präsident der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) beratend mitgewirkt hatte.³¹ Der Film war damals derart erfolgreich, dass Oswald dem ersten noch drei weitere Teile folgen liess und den Stoff 1926 mit *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* wiederaufnahm (vgl. Kasten 2005). In *ES WERDE LICHT!* sind es zwei Brüder, die sich entzweien, während es im Remake der Arzt Georg Mauthner und sein Freund, der Maler Paul Hartwig sind (vgl. Keitz 2005c: 228ff.).³² Der Kern des Konfliktes bleibt derselbe.

Zu Beginn des Films ist Mauthner verlobt mit Leonie. Diese ist eine hübsche, junge Frau aus wohlhabendem Haus und gewohnt, unterhalten zu werden. Sie scheint das pure Gegenteil des ernsten und gewissenhaft wirkenden Arztes und Spezialisten für venerische Krankheiten zu sein. Ihr Temperament und Gemüt entspricht eher demjenigen von Hartwig. Dieser hat das Paar an einen Maskenball eingeladen und verliebt sich auf der Stelle in die schöne Leonie. Benebelt von ihrer Schönheit und dem Alkohol feiert der Maler mit seinen Kollegen in einer Bar weiter. Dort kommt es zum schicksalsträchtigen Kuss mit einer Bardame. Im Auftrag ihres Vaters lässt sich Leonie von Hartwig malen, wobei sie sich näher kennen lernen und es schliesslich zur Auflösung der Verlobung mit Mauthner kommt. Wenige Wochen später trifft Hartwig jene Dame bei seinem Arztfreund wieder, die er in der Bar geküsst hat. Aufmerksam geworden auf die Verbindung verlangt der Mediziner auch den Freund hinsichtlich einer möglichen Ansteckung zu untersuchen. Tatsächlich ist die Probe positiv. Mauthner drängt seinen Freund, sich behandeln zu lassen und mit der Heirat solange zuzuwarten. Doch Hartwig wittert Eifersucht und denkt nicht daran, seine Braut zwei Jahre warten zu lassen. Es kommt zum Bruch. Statt bei einem approbierten Arzt lässt der Maler sich bei einem Heilpraktiker behandeln. Die Folgen sind vorgezeichnet.

Vermeintlich geheilt heiratet Hartwig Leonie, die ehemalige Verlobte seines Freundes. Nach kurzer Zeit nimmt er auch wieder sein ausschweifendes Künstlerleben auf, während Mutter und Kind zu Hause warten. Eines Nachts erkrankt das kleine Mädchen. Weil der Hausarzt unauffindbar ist, wird nach Mauthner gerufen. Dieser stellt sofort fest, dass sowohl das Kind wie seine Mutter an Syphilis leiden. Er konfrontiert den Heimkehrenden mit dieser Tatsache. Wiederum bezichtigt Hartwig ihn, er verleumde ihn aus Eifersucht. Doch die Krankheit ist bereits fortgeschritten: Das Mädchen kommt in die Obhut des Arztes. Aber für Leonie kommt die Hilfe zu spät, sie stirbt wenig später, nicht ohne vorher ihrem

³¹ Leider ist dieser Film nicht mehr erhalten. Immerhin liegt Teil 2, die Fortsetzung, als Drehbuch von Ewald André Dupont unter dem Titel *Wie ein Film geschrieben wird und wie man ihn verwertet* in gedruckter Form vor (vgl. Dupont 1919).

³² Ich beschreibe hier die Fassung der Cinémathèque française, die mir als VHS-Kopie des Filmarchivs Austria zur Verfügung stand. Eine zweite, ausführlichere Fassung der Cinémathèque Toulouse (F) konnte ich ebenfalls als VHS-Kopie im BAFA in Berlin einsehen. Letztere Kopie enthält zusätzliches Material, das den Charakter von Leonie, der Verlobten, differenzierter zeigt. Auf ihre Charakterisierung werde ich bei der Besprechung der Frauenfiguren näher eingehen.

Gatten zu verzeihen. Voller Scham und Trauer verlässt dieser die Stadt und lässt die Kleine beim ehemaligen Freund, der neben der Praxis eine Station für geschlechtskranke Patienten führt. Dank der ärztlichen Pflege gedeiht das Mädchen und bald nimmt der Arzt es wie eine Tochter in die eigene Familie auf. Ein Sprung von rund 10 Jahren zeigt sie als hübsche junge Frau neben dem Sohn Mauthners, der in sie verliebt ist. Zur selben Zeit kehrt Hartwig als alter, gebückter Mann in der Stadt zurück. Kurz darauf bricht er auf der Strasse zusammen. In der Klinik fragt er nach Mauthner und es kommt zum Wiedersehen. Hartwig ist todkrank, deshalb möchte er seine Tochter nochmals sehen. Am Sterbebett versöhnen sich die beiden Freunde und der Arzt verspricht dem Sterbenden für seine Tochter zu sorgen und willigt sogar in die Heirat zwischen ihr und seinem Sohn ein.

Auffallend an DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? ist, dass die Geschlechtskrankheiten eher sekundär sind. Obwohl im Original der Anteil an medizinischen Informationen höher war, treten sie auch dort zugunsten des Beziehungsdramas zurück. Das Verhältnis der beiden Freunde, der Treuebruch ist das eigentliche Thema, das ein klärendes Licht auf die Relation zwischen Arzt und Patient wirft.

Gemeinsam ist beiden Aufklärungs-Spielfilmen, dass sie die Zuschauer nicht über die kognitive Ebene erreichen, indem sie ihnen die Krankheiten, Symptome, Pathogenese und Therapie auf möglichst objektive und rationale Art vermitteln, sondern auf der emotionalen. Sie appellieren an das Mit-Empfinden des Publikums, laden zur empathischen Anteilnahme ein und lösen perzeptive und affektive Erschütterungen aus. Darauf werde ich in Kapitel 4 besonders eingehen.

3.4.3 Agenten der didaktischen Vermittlung

„Du musst mit eigenen Augen sehen, dann wirst du verstehen.“ Dieser Satz könnte als Motto der Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten stehen, denn er versinnbildlicht die Art, wie die medizinischen Befunde in den Filmen vorgeführt werden, und diktiert den Lektüreprozess. Der Satz wird sogar explizit geäußert, um die Krankenvisite oder Stationsbesichtigung zu motivieren. So fordert der Militärarzt in ON DOIT LE DIRE den jungen, infizierten Soldaten auf: „Viens donc voir à l’hôpital des lésions syphilitiques et tu comprendras la nécessité de te soigner.“ Den Protagonisten werden Kranke präsentiert, sei dies während einer Visite durch die Klinik wie in FALSCHES SCHAM, ON DOIT LE DIRE und IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS oder als Teil der Arbeit wie beim Medizinstudenten in FEIND IM BLUT. Dies, um mithilfe der bemitleidenswerten Fälle bei den Figuren einen Gesinnungswandel auszulösen. Die Bilder und die individuellen Krankheitsgeschichten führen also vor Augen, was geschieht, wenn die Geschlechtskrankheiten vernachlässigt

oder falsch behandelt, und was hingegen eine ‚richtige‘ Therapie bewirken kann. Sie sind somit abschreckende beziehungsweise bestärkende Vor-Bilder, aus denen das Publikum neue Einsichten gewinnen sollte.

Die Patienten und ihre Symptome fungieren als Objekte der Anschauung. Hinter dem Begriff der Anschauung verbirgt sich ein zeitgenössisches pädagogisches Konzept. Die Lehrmethode geht zurück auf die antike Philosophie. Siegbert Merkle referiert in *Die historische Dimension des Prinzips der Anschauung* auf Aristoteles, der als Erster postulierte, dass Erkenntnis auf der Wahrnehmung basiere, welche die Grundlage des Lernens sei. Nach Aristoteles ist die Sinneswahrnehmung Voraussetzung der Erkenntnis (vgl. in: Merkle 1983: 19). Der Mensch nimmt die Umgebung über seine Sinne wahr, die daraus gewonnenen Eindrücke bilden in ihm das Verständnis für die Gesetze und Kenntnisse der physischen Welt. In *Kritik der reinen Vernunft* knüpft Immanuel Kant an Aristoteles' Überlegungen an und differenziert die Funktionen der „inneren“ und „äusseren Anschauung“ im Erkenntnisprozess (Kant 1976: 69-73). Nach Kant werden uns „vermittelt der Sinnlichkeit also Gegenstände gegeben, und sie allein liefert uns Anschauung; durch den Verstand aber werden sie gedacht, und von ihm entspringen Begriffe“ (ebd.: 69). Mit der äusseren Anschauung sind die Gegenstände und Objekte gemeint, die, durch die Sinne wahrgenommen, noch ungerichtete und ungeordnete Eindrücke im Bewusstsein hinterlassen. Erst im geistigen Verarbeitungsprozess werden aus ihnen – durch Induktion – Erkenntnis und Wissen. Der Schweizer Pädagoge Johann Heinrich Pestalozzi hat – weiter nach Merkle – diesen Prozess als Lehrmethode für die Schule konzipiert. Analog zu Kant beschreibt er den Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozess wie folgt:

Der einfache Eindruck [sic], den alles, was ist, auf diese Sinne macht, ist der Äussere [sic] der Anschauung, die äussere Anschauung. Das Urtheil meines Geistes über diesen Eindruck und das Gefühl der Behaglichkeit und der Unbehaglichkeit, das derselbe in mir hervorbringt, ist die Quelle der inneren, die innere Anschauung. Die äussere Anschauung ist die Quelle der inneren; aber als solche belebt sie nur die Fundamente des Urtheils (Pestalozzi zit. in Merkle 1983: 102).

Aus diesen Überlegungen hat Pestalozzi das „ABC der Anschauung“ entwickelt, das den Lernprozess effektiv leitet. Und auf dieser Lehrmethode basierend konzeptionierten die Schweizer Lehrfilmpädagogen Gottlieb Imhof und Ernst Rüst den *Filmunterricht* in den 1920er Jahren.³³

Dem Prinzip der Anschauung unterliegen auch die Darstellungen der Geschlechtskrankheiten. Die inszenierten medizinischen Befunde bedeuten die sinnlich wahrnehmbaren

33 Pestalozzis pädagogisches *Prinzip* umfasst drei Stufen: 1. soll den Kindern der Lerngegenstand auf möglichst sinnlich-anschauliche Weise vorgeführt werden; 2. folgt die Verarbeitung der gesammelten Eindrücke im Sprachunterricht unter Anleitung der Lehrperson; und 3. soll der Lernprozess manifest werden, indem die Schüler in einem Aufsatz das Gelernte wiedergeben (vgl. Gertiser 2011: 455ff.).

Objekte der äusseren Anschauung. Der Prozess der Transformation, wie aus der äusseren und der inneren Anschauung während der mentalen Verarbeitung Erkenntnisse gewonnen werden, ist in die Handlung übersetzt. Der Gang durch die Klinik be-*eindrückt* die Wahrnehmung der Figuren und regt sie zum Nachdenken an, was schliesslich zum Gesinnungswandel führt. Das bedeutet aber, dass die Patientenbilder nicht mehr in derselben Art und Weise gelesen werden wie in den Lehrfilmen. Dort stimuliert das didaktische Dispositiv die „belehrende“ Lektüre durch die direkte Adressierung, wobei das Wort die Bilder semantisch dominiert. Dagegen hängt die Leseweise in den teil- und fiktionalen Aufklärungsfilmen von den Protagonisten, wie sie reagieren.

Die Präsentation der eigentlichen Krankenbilder ist, wie gesagt, durch die Rahmenhandlungen motiviert. Im Gegensatz zu den Lehrfilmen, die wie Lehrvorträge aufgebaut sind und in denen Patientenaufnahmen zur Illustration der Lehrinhalte dienen, zielen die dokumentarischen Einschübe innerhalb der fiktionalen Episoden darauf, bei den Protagonisten eine affektive Wahrnehmung auszulösen. Zwar tragen sie in beiden Aufklärungsvarianten grundsätzlich zur Erkenntnisgewinnung bei. Während sie aber in den Lehrfilmen die Textaussagen vornehmlich illustrieren und beglaubigen, initiieren sie in den narrativ-fiktionalen Filmen den kognitiv-emotionalen Prozess. Erst aufgrund schockierender Aufnahmen von Kindern mit Augentripper, entstellenden Wucherungen oder Säuglingen mit syphilitischen Papeln sind die Protagonisten bereit, ihr Verhalten zu ändern, und willigen in eine Therapie ein. Ihren Reaktionen zufolge haben die Bilder einen grossen Effekt oder vielmehr verursachen einen Schock, der emotional erschüttert und dadurch zum Umdenken führt. Die Repräsentationen richten sich nicht mehr ausschliesslich an den Intellekt, sondern führen zu einem *Empfindungssehen*.³⁴

Durch das vorgeführte Reagieren beim Anblick der Kranken ändert sich auch die Art und Weise, wie die Zuschauer die Bilder betrachten. Sie sehen sie durch die Augen der Protagonisten. Deren Emotionen – Ablehnung, naiver Unglaube, Angst, erkrankt oder entdeckt worden zu sein, Ungewissheit, Scham etc. – mischen sich in die Wahrnehmung und verändern die faktische Aussage. Die perspektivische Verschiebung involviert den Zuschauer zwar indirekter, jedoch emotional stärker in das vorgeführte Geschehen auf der Leinwand. Es sind nicht länger anonyme, distanzierte Krankenobjekte, eingebettet in einen Lehrdiskurs. Vielmehr werden sie aus der Warte der Figuren präsentiert, so dass sich die faktische Aussage der vorgeführten medizinisch-wissenschaftlichen Sachverhalte mit deren Erleben mischt. Dies führt mich zurück zu den Patientenbildern, genauer der Darstellung der

³⁴ Mit *Empfindungssehen* meine ich eine Wahrnehmung, die stark körperbetont ist. Während des Lektüreprozesses werden mehrere Sinne angeregt und komplexe sensitive Reaktionen ausgelöst, die über das blosses Erkennen vorgeführter Objekte hinausgeht. Die Zuschauer sehen mit dem ganzen Körper, der Körper als Wahrnehmungsorgan ist involviert.

Krankheitssymptome, deren semantische Verschiebungen ich an vier Beispielen aufzeigen möchte.

3.4.4 Fiktionalisierung der Symptome

Wie der Vergleich zwischen *GEISSEL DER MENSCHHEIT*, dem medizinischen Lehrfilm, und dem populären teilfiktionalen Titel *FALSCHER SCHAM* belegt, wurden in beiden Produktionen zum Teil identisches medizinisches Bildmaterial verwendet. Die Gegenüberstellung erlaubt nun, Unterschiede zu erörtern, die sich – wie ich behaupte – durch die Verknüpfung von Lehrsequenzen mit fiktionalen Episoden ergeben. Nur schon die Ansteckung, das Eindringen der Gonokokken in den Körper könnte nicht unterschiedlicher erklärt sein. In *GEISSEL DER MENSCHHEIT* (wie schon in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*) ist der Beginn mit der Einwanderung der Bakterien durch das männliche Glied gezeigt. In einer animierten, schematischen Zeichnung gleiten kaffeebohnen-ähnliche Erreger den Harnleiter hinauf und befallen nacheinander zuerst die Geschlechts- und später auch weitere Organe. Die Erklärung beginnt losgelöst von einer erkrankten Person, ist allein durch das Filmthema gegeben. In *FALSCHER SCHAM* hingegen ist es der Medizinstudent, der sich mit Tripper infiziert glaubt. Doch anstatt seine Symptome zu beschreiben, also die körperlichen Merkmale zu benennen, die auf eine solche Annahme schließen lassen, erzählt er von seinem Liebesabenteuer. Der Film wechselt, als Rückblende markiert, vom Gespräch zu einer Abendgesellschaft. Da steht der Protagonist flirtend zwischen zwei Damen in einem festlichen Saal. Mit der einen lässt er sich ein, begleitet sie nach Hause, wo sie sich sogleich auf die Liegecouch legt und von ihrem Affen liebkost wird. Eine Kreisblende markiert visuell den Rückschnitt auf die Ausgangsszene, wo nun der Student versteinert vor sich hin starrt. Was danach geschah, der Sexualakt, bei dem es zur Übertragung gekommen ist, bleibt ausgeblendet. Die Hinweise, gegeben durch die *Mise en Scène* und die angedeutete Handlung (Liebkosen des Affen) implizieren ihn jedoch.

Was in den Lehrfilmen als trockener Vortrag, nämlich das Moment der Ansteckung während oder nach dem sexuellen Akt, in schematischer Weise dargestellt ist, ist im teilfiktionalen Film in eine soziale Situation integriert – als Moment der Verführung. In der Animationssequenz des Lehrfilms erscheinen die Erreger als Kaffeebohnen verdinglicht am Penis, und die Erkrankung ist als fortlaufende Einwanderung der Bakterien durch den Harnleiter und von da in den ganzen Körper dargestellt. Sobald die Krankheitskeime ein Organ ‚berühren‘, schwillt dieses an. Die faktische, medizinische Aussage des Vorgangs lautet: Nach dem Sexualakt infiltrieren Bakterien den Körper, lösen im Organismus Stoffwechselprozesse aus, wodurch einzelne Organe pathologisch verändert werden, was ihre Funktionalität beeinträchtigt. Die Ätiologie der Geschlechtskrankheiten beruht auf dem

Prinzip von Ursache (Gonokokken) und Wirkung (Anschwellen der Organe). Es handelt sich um körperfremde Stoffe, die von aussen, exogen, in den Organismus eindringen. In *FALSCHER SCHAM* ist der Ansteckungsprozess in die fiktionale Bildsprache übersetzt. Erstens ist das Moment der Ansteckung an eine bestimmte soziale Situation gebunden: Abendgesellschaft mit Musik, Tanz und Alkohol. Zweitens wird der Mann durch eine Frau verführt, welche, infektiös, die Erreger auf ihn überträgt. Die eigentliche Übertragung – der Sexualakt – ist ausgeschlossen, an deren Stelle weist die Narration Lücken auf, welche die Zuschauer mit ihrem Welt- und Erfahrungswissen füllen müssen. Während die Trickaufnahmen in *GEISSEL DER MENSCHHEIT* die Einwanderung auf physischer Ebene ausführlich nachzeichnen, wodurch die sexuelle Übertragung erkennbar bleibt, offerieren die fiktionalen Episoden einen komplexen, jedoch schematisch angeordneten Weltausschnitt. Es findet also eine Narrativierung des medizinischen Sachverhalts statt.

In analoger Weise ist die Ansteckung mit Syphilis in *FALSCHER SCHAM* konstruiert. In der Episode mit der Amme ist das Ereignis explizit gemacht. Ein Verehrer raubt ihr einen Kuss. Ins Bild gesetzt, sieht man die Amme auf einer Parkbank sitzend, vor sich den Kinderwagen, neben ihr der Mann, der sich plötzlich zu ihr beugt und die derart Überraschte küsst. Nach wenigen Wochen erscheinen die Zeichen der Erkrankung auf ihrem Dekolleté. In den Lehrfilmen erfolgt die Ansteckung, wenn das erste Bakterium die Epidermis durchstösst und in das Körperinnere dringt. Im fiktionalen Film ersetzt der Kuss dieses Moment der Übertragung, weshalb er als Synekdoche oder Pars pro Toto für den sexuellen Akt fungiert. Auch bei der Syphilis wird der medizinisch-wissenschaftliche Befund in ein Handlungsgefüge überführt.

Nicht nur wird die Infizierung auf den Kuss reduziert. Dieser gerinnt vielmehr zum Stereotyp der Ansteckung. So steht in allen fiktionalen, teilfiktionalen und sogar einigen dokumentarischen Aufklärungsfilmen der Kuss als Ursache der Übertragung.³⁵ Manchmal ist er explizit vorgeführt wie bei der Amme in *FALSCHER SCHAM* oder dem Maler Hartwig in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* Manchmal bleibt er implizit wie beim Medizinstudenten, und die Zuschauer müssen sich die Szene selbst vorstellen oder nachträglich hinzudenken wie beim Freund des Medizinstudenten während der Zugreise, beide in *FEIND IM BLUT*.

Der Kuss ist im filmischen Geschlechtskrankheitendiskurs allgegenwärtig, weil, darauf lassen die Wiederholungen schliessen, die Filmemacher ihm eine ausserordentliche Wirkungskraft zugeschrieben haben. Selbst im eintönig konzipierten Aufklärungs-Lehrfilm *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* ist eine erotisierende Einstellung eingeschoben. Der Hauptteil

35 Wie sehr der Kuss als Initiationsmoment in der Aufklärung gesehen wurde, bestätigen die Filmtitel: *LE BAISER QUI TUE* und der französische Titel von *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, *LE BAISER MORTEL*; sie unterstellen, dass ein Kuss lebensgefährdend sei (vgl. Lefebvre 1993: 174).

des Films besteht, wie erwähnt, aus einer langen Reihe Prophylaxe-Stationen mit ihren Equipen, um die Anstrengungen Frankreichs im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu zeigen. Während der grösste Teil des Films im schulmeisterlichen Ton berichtet, was dort geschieht, wechselt der Erzählmodus in dem Augenblick, als vom auslösenden Moment der Ansteckung die Rede ist: Unvermittelt sieht man ein junges Paar im Strassencafé sitzen. Verliebt hält der Mann das Gesicht der Frau in den Händen, um sie sogleich leidenschaftlich auf den Mund zu küssen. Die halbtotale Einstellung, die das Paar am Tisch sitzend zeigt, wird mit einer Grossaufnahme der küssenden Gesichter überblendet. Der Kuss markiert den Augenblick der Ansteckung. Durch die Überblendung wird er visuell vervielfacht, das Bild in seiner Klarheit aufgelöst und das Geschehen als sinnlich überreizt dargestellt. Der Schnitt von der Totalen zur Grossaufnahme löst den Kuss aus der Handlungsabfolge und stilisiert ihn zum ausserordentlichen Ereignis. Die Bewegung fokussiert die Aufmerksamkeit der Zuschauer, was das Moment des Kusses als besonders wichtig auszeichnet.

Das Wirkungsgefüge zwischen Kuss und Ansteckung wird mithilfe filmischer Gestaltung sogar zementiert. Wie dies geschieht, lässt sich an einem Beispiel aus *FEIND IM BLUT* ablesen – initiiert durch einen einzigen Schnitt. Die Montage, das Aneinanderfügen einer Bildfolge an die nachfolgende, ordnet nicht nur das Bildmaterial zur Chronologie der Erzählung, sondern leitet eine bestimmte sinnstiftende Verknüpfung an. Im Prozess des Sehens verbindet der Zuschauer die Einstellungen semantisch zu einem kohärenten Sinnganzen. Dies ist die Bedingung für den Erkenntnisgewinn der nachfolgenden Sequenz. Der Medizinstudent verlässt früh am Morgen seine Geliebte, um einer Vorlesung über Geschlechtskrankheiten beizuwohnen. Der Dozent spricht gerade über den Primäraffekt und lässt dazu eine Moulage durch die Reihen der Studenten wandern. Während der Professor weiter von den ersten Hautveränderungen an Mund oder Geschlechtsteilen spricht, versenkt der Protagonist seinen Blick tief in das wächserne Antlitz der Moulage. Aus seiner Perspektive bewegt sich das Halbgesicht uns entgegen. Aschgrau glänzen die ebenmässigen Wangen, leicht und dunkel geschwungen liegt der Mund dazwischen, auf dessen Unterlippe ein grosses schwarzes Mal (Abb. 11a) prangt. Die warzige Geschwulst, erläutert der Dozent aus dem Off, ist ein Primäraffekt, der hervorgerufen wurde – durch einen Kuss. Wie ein Signal wirkt das letzte Wort, und das Bild springt von der Moulage zur Kinnpartie der jungen Geliebten (Abb. 11b). Sie sitzt leicht schräg zur Kamera und dreht den Kopf anmutig zur Mitte. Ihre Konturen sind milchig unscharf verwischt. Die linke Wange ist hell beleuchtet, während Kinnspitze und rechte Wange im geheimnisvollen Dunkel versinken. Darauf setzt eine gefällige Tanzsaalmusik ein. Ganz langsam tastet die Frau mit der Zunge über die Lippen, als ob sie nach verborgenen Knötchen suchte. Sofort verbindet man in der Vorstellung den gewölbten Affekt des Wachsmodells mit ihrem Mund. Obschon nichts deutlich zu sehen ist, steckt der Keim der Krankheit nun in ihren Lippen.

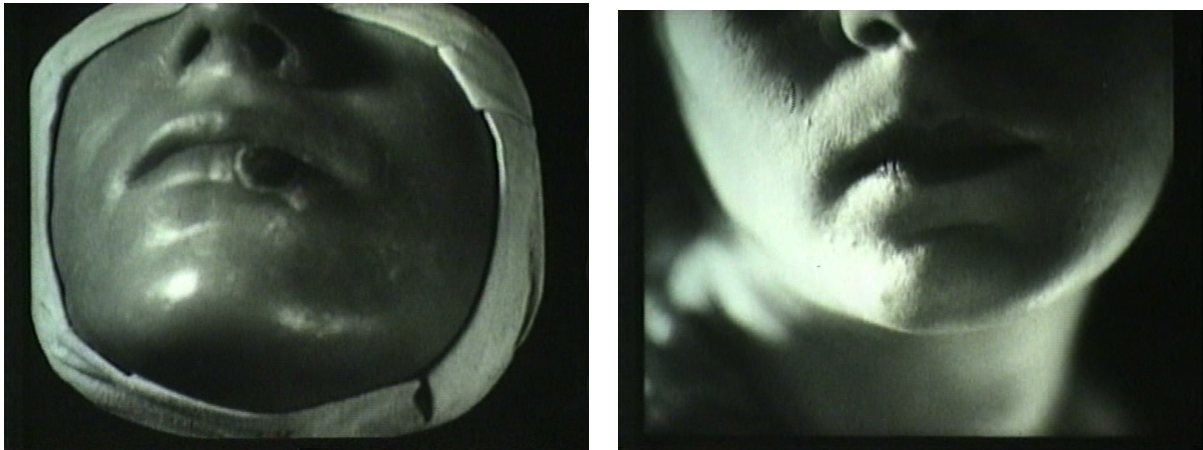


Abbildung 11: Ansteckung mit Syphilis durch einen Kuss in *FEIND IM BLUT*.

Noch einen Schritt deutlicher inszeniert *LE BAISER QUI TUE* das Ursache-Wirkung-Prinzip des Kusses. Die entsprechende Szene ist als Flashback realisiert. Zurück auf dem Schiff sorgt sich Le Goff nach dem nächtlichen ‚Abenteuer‘ um seine Gesundheit und informiert sich via Lexikon über die Syphilis. Plötzlich erinnert er sich an jenen Abend, als er nach anfänglich schroffer Zurückweisung die junge Frau aufs Zimmer begleitete. In der Folge liegt Le Goff auf dem Bett, die Schöne beugt sich über ihn und küsst ihn. Da ‚verwandelt‘ sie sich unmittelbar (in seiner Vorstellung) in ein Skelett (Abb. 12). Statt von weichen Lippen wird der Matrose von einem Schädel geküsst. Auch hier verstärkt die Schnittfolge die Wirkung. Wie sich die Frau über ihn beugt, ist in einer nahen Einstellungsgrösse aufgenommen, mit dem Wandel zum Skelett wird in eine Nahaufnahme überblendet, in der sich der Schädel bedrohlich über dem Gesicht des Mannes hin und herbewegt. In der Nahaufnahme ist zu sehen, wie Le Goff angewidert auf seine Imagination reagiert. Sein Zurückweichen wird visualisiert, indem die ‚Liebenden‘ darauf in der Halbtotale zu sehen sind.

Durch die Wiederholung des Kusses, als Moment der Übertragung, festigt sich das Grundmuster der Ansteckung. Dabei bestehen durchaus Variationen, wie die aufgeführten Beispiele zeigen, die in der spezifischen Ausgestaltung von Film zu Film differieren. Der Kuss fungiert jedoch immer als Kristallisationspunkt, an den sich die Attribute, verdeutlicht durch die Gestaltungsmittel, anhängen. Zwei Charakteristika treten dabei besonders hervor: Pathologisierung und fixe Rollenzuschreibungen. Die Inszenierung lädt die Handlung semantisch auf und konnotiert den (promiskuitiven) Kuss als krankmachend und gefährlich. In *LE BAISER QUI TUE* wird dies mit dem Skelett überdeutlich gemacht. Zugleich ist die Anordnung der Handlungsträger, wie derselbe Titel demonstriert, immer dieselbe: Die Erstansteckung, auch beim Tripper, geht meist von der Frau aus, während der Mann als Opfer erscheint. Ausnahme in den untersuchten Filmen sind *Anne* und *die Amme* in *FALSCHER SCHAM*; beide vom Verehrer angesteckt gibt Letztere die Krankheit ihrerseits an das



Abbildung 12: Le Goff erinnert sich an den ‚verhängnisvollen‘ Kuss in LE BAISER QUI TUE.

zu stillende Kind weiter. Beide Charakteristika sind übrigens in *LA SYPHILIS ENNEMI PUBLIC N° 1* (F.M. Rouillet/Lucien Jame, F 1943) filmisch fortgeführt.³⁶ Wiederum markiert der Kuss den Augenblick der Infizierung. Erklärt wird die Übertragung mithilfe von animierten Zeichnungen. Während des Kusses, als die Lippen der Partner sich berühren, treten die Erreger aus dem Mund der Frau in den des Mannes über. Winzige weiße Würmchen, schematisch für *Spirochaeta pallida*, die Syphilis-Erreger, schlängeln sich von ihr zu ihm. Die Bewegung erfolgt von der Frau zum Mann, nie umgekehrt. Obwohl nicht explizit verkündet, steht die Übertragungsrichtung fest. Somit existiert in den teil- und fiktionalen Filmen ein einziges Ansteckungsszenario: der promiskuitive Kuss.

Daran angeknüpft ist ein paradigmatisches Gefüge von fixen Rollen, Codes der Handlung und Ausstaffierung, die der Szene die moralisch-ethische Prägung verleihen. Die tatsächlich viel komplexeren Ansteckungsvarianten derart zu reduzieren und folglich zu schematisieren,

³⁶ *LA SYPHILIS ENNEMI PUBLIC N° 1* ist ein weiterer französischer Film von 1943, also während des Zweiten Weltkrieges hergestellt. Er gehört nicht zum eigentlichen Filmkorpus, dennoch sei er hier erwähnt, weil er den Sachverhalt so deutlich macht.

ist für den französischen Filmhistoriker Thierry Lefèbvre inakzeptabel, da die Filme ja einen pädagogischen Zweck verfolgten. „Statt den auf dem Penis oder in der Vagina ausgebreiteten Schanker zu zeigen, rücken die Filme das Geschwür am Mund ins Bild – eine Stelle, die gerade 0,5 [Prozent] der möglichen Befallorte ausmacht“ (Lefèbvre 2000: 55f.). Doch dem Konzept der Explizität waren hier Grenzen gesetzt. Aufgrund einer repressiven Bildpolitik konservativer Kreise durfte Nacktheit nur als kranker Körper gezeigt werden. Der Spielfilm musste folglich auf eine expressive, metaphorische – oder im Fall des Kusses, metonymische – Bildsprache zurückgreifen. In immer ähnlicher Weise wiederholt ist dieses Szenario zum narrativen Stereotyp der Aufklärungsfilme geronnen. Damit unterscheidet sich die bildliche Umsetzung der Infizierung mit Syphilis von der Darstellung in den Lehrfilmen. Obwohl man in den meisten dokumentarischen Filmen auf die graphisch-schematische Darstellung ausgewichen ist, zeigen *GEISSEL DER MENSCHHEIT* und die Schweizer Fassung *DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN* den weichen Schanker am Penis in fotografischen Bildern.

Ein weiterer signifikanter Unterschied in der Darstellung betrifft die Figuren. Im Gegensatz zu den dokumentarischen Filmen sind die pathologischen Merkmale in den teil-/ fiktionalen eng mit den Protagonisten verbunden. Sei dies, dass sie im Verdacht stehen, sich angesteckt zu haben, und deshalb die nötigen Informationen erhalten, sei es, dass sie bereits erkrankt sind und die Merkmale auf ihren Körpern in Erscheinung treten, wie dies bei der Amme in *FALSCHER SCHAM* der Fall ist. In beiden Fällen erkrankt nicht mehr ein anonymes Patient an Syphilis, sondern eine Person, die man ‚kennt‘. Zuvor konnte die Amme bei der Kinderbetreuung oder im Gespräch mit der Mutter ihres Schützlings beobachtet werden. Die Krankheitsdarstellungen, in den Lehrfilmen fragmentiert und abstrahiert, werden in konkrete Lebenszusammenhänge gestellt, an Personen festgemacht und somit individualisiert und personifiziert.

Dies ist auch in der vierten Episode von *FALSCHER SCHAM* zu beobachten. Die (gespielte) Sequenz entspricht dem Vorführen der Patienten mit Nachkrankheiten (Tabes dorsalis oder Paralyse), wo ganze dysfunktionale Bewegungsabläufe und damit Einschränkungen von Mobilität und Autonomie gezeigt werden. Erinnert sei an den Mann in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN*, der sich ankleiden sollte und dabei mit den einzelnen Kleidungsstücken zu kämpfen scheint, oder die ‚Spaziergänger‘ in *UNE MALADIE SOCIALE*, die vor einer Wand hin und her defilieren. Was innerhalb der Anstaltsmauern isoliert und der Realität enthoben wirkt, wird durch die Einbindung in eine alltagsweltliche Situation realistischer. In *FALSCHER SCHAM* ist es die alte Bäuerin, die von ihrem Mann angesteckt worden ist. Die Syphilis ist bei ihr bereits derart fortgeschritten und hat das Gehirn angegriffen, dass ihr Sozialverhalten beeinträchtigt ist. Während der Bauer mit dem Käufer über den Preis verhandelt, attackiert die Alte zuerst die beiden. Danach demoliert sie die

Küche (Abb. 13a und b), indem sie alle fassbaren Gegenstände zu Boden wirft und mit dem Feuerhaken wild auf alles einschlägt, was sich ihr entgegenstellt. Endlich, als die Beamten eintreffen, steht sie stolz da und setzt sich den zerbrochenen Krug erhaben als Krone auf den Kopf (Abb. 13c). Ihre Symptome sind nicht nur entlang alltäglicher Handlungsmuster, wie eine Bäuerin ‚normalerweise‘ in der Küche hantiert, präsentiert, sondern in Differenz dazu durch Erzählung, Gestik und Mimik thetralisiert und dramatisiert.



Abbildung 13: Ein Fall von ‚Hirnerweichung‘ in FALSCHESCHAM: a-b) Die alte Bäuerin zertrümmert im Jähzorn die Küche; c) am Ende erklärt sie sich als Kaiserin von Russland.

Das Festmachen der Krankheiten an einzelnen Personen lässt die Symptome näher und partikularer erscheinen. Ihre situative Verankerung folgt aber festgesetzten Abläufen und Interaktionen. So auch beim alten Bauern aus FALSCHESCHAM. Er verkörpert die Auffassung, wonach sich die meisten Männer während des Militärdienstes anstecken. Dieses Szenario ist aus dem Diskurs während des Ersten Weltkriegs bekannt. Die Anamnese des Bauernpaares entspricht somit dem Verbreitungsszenario der Syphilis: der *Familieninfektion*, wie sie die beiden Spezialärzte Alfred Neisser und Alfred Fournier während des zweiten Kongresses 1902 in Brüssel thematisiert haben. Dass die Bauersleute keine Kinder haben, ist nicht Indiz gegen, sondern Beweis für die familiäre Übertragung. Nach Fournier war die Syphilis der Grund für unfreiwillige Aborte und die Unfruchtbarkeit zahlreicher Paare (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 129). Die Familieninfektion stellt das *Urnarrativ der Syphilis* dar, worauf im nächsten Kapitel ausführlich eingegangen wird. Obwohl individuell, gleichen sich die einzelnen Patientengeschichten – in der Wiederholung – an, so dass sich stereotype Handlungsdispositive abzeichnen.

Als letzten Aspekt im Vergleich der Darstellung medizinischer Befunde zwischen teil- / fiktionalen und Lehrfilmen möchte ich das Diagnoseverfahren genauer betrachten. Zwar sind auch in den teil- / fiktionalen Filmen das Wassermann’sche Verfahren oder die Analyse eines Eiterabstrichs unter dem Mikroskop gezeigt, doch die beiden Verfahren dienen hier weniger der Diagnose, sondern gehören vielmehr zur Ausstattung der Mediziner. Die Laborsituation und das Hantieren mit Objektträger, Pipette und Lösungsmittel zeichnen

die Darsteller als Ärzte aus. Es sind Attribute, die den Beruf, das soziale Umfeld etc. markieren und nicht wissenschaftliche Mittel zur Erkenntnisgewinnung.³⁷ An deren Stelle tritt die verhörähnliche Befragung und die Überführung aufgrund von Indizien, die der Annahme folgt, dass keine Tatsache wahr ist oder existiert ohne einen zureichenden Grund. Auf diesem Prinzip basiert der Fall der Amme, der mit folgendem Tatbestand beginnt: Das Kleinkind einer gutbürgerlichen Familie hat Bläschen am Mund. Es wird ein bekannter Arzt – Sanitätsrat, der im selben Haus wohnt – herangezogen. Aufgrund der Merkmale vermutet er, dass das Kind mit Syphilis angesteckt wurde. Da es sich diese Erkrankung, aufgrund seines Alters, nicht selber zugezogen haben kann, muss es durch einen Erwachsenen infiziert worden sein. In die Ermittlungssprache übersetzt: Es muss einen Grund, eine Ursache für die auftretenden Krankheitsmerkmale geben, der ausserhalb des Kindes liegt. Der Arzt wird im Weiteren nicht nur das Kind therapieren, sondern auch die kontaminierende Quelle finden und ‚schadlos machen‘ müssen. Die Suche nach der Ansteckungsquelle ähnelt daher der Verbrechenaufklärung und orientiert sich an polizeilichen Methoden.

Die ‚Tätersuche‘ ist inszeniert als Befragungssituation. Der Arzt amtet, kraft seiner Berufs- und seiner Autorität als Polizist/Richter. Als geschulter Beobachter/Facharzt erkennt er sofort die Zeichen und folgert richtig, was zur Überführung der Täterin und ihrem Schuld-eingeständnis führt. Aber warum wusste der Arzt schon im Voraus, dass wahrscheinlich die Amme das Kind angesteckt hat, und befragt, der vorbestimmten Logik folgend, zuerst sie? Warum untersucht er nicht zuerst den Vater des Kindes? Der deutsche Arzt Max Fletsch schreibt im Vorwort zu *Die Schiffsbrüchigen* [Les Avariés], dem Theaterstück in 3 Akten von Eugène Brieux, dass die meisten Kinder durch ihre Väter beziehungsweise ihre Mütter angesteckt werden. Eine Einschätzung, die Hubert Jaeger aufgrund der Erhebung von 1922 bestätigen könnte. Dabei stellt er fest, dass in der Schweiz „mehr als doppelt soviel männliche Geschlechtskranke gezählt werden als weibliche (in genauen Zahlen 68 Prozent gegen 32 Prozent)“ (Jaeger 1922: 42). Folglich wäre es statistisch gesehen wahrscheinlicher gewesen, dass der Vater via Mutter das Kind angesteckt hat. Warum also zuerst die Amme? Dies zu klären, hilft Jaegers Zusammenstellung, die nicht nur ein Bild der territorialen ‚Durchseuchung‘ in Schweizer Städten liefert, sondern auch *Täterprofile*. Die Liste der Infektionsquellen führt praktisch alle damaligen Frauenberufe auf, wodurch die berufstätigen, vor allem ledigen Frauen potentiell als gefährlich einstuft werden. Allen voran stehen die Kellnerinnen, dann die Fabrikarbeiterinnen gefolgt von den Dienstmädchen (vgl. Jaeger 1922: 70). Die Ammen sind in der Statistik nicht explizit erwähnt, können aber aufgrund ihres ökonomischen Status’ den Hausangestellten zugerechnet werden. Das Vor-Urteil des Sanitätsrats folgt hier also der Annahme, dass berufstätige Frauen sexuell aktiv und daher ihr Ansteckungspotential hoch sei. Ihre ‚Tat‘ wird – ähnlich wie bei den Patienten in UNE

37 Auf die Arztfigur, ihre Mise en Scène und Vermittlerrolle werde ich im nächsten Kapitel zurückkommen.

MALADIE SOCIALE – mit einer inneren Disposition begründet. Frauen der Unterschicht waren gezwungen, für Geld zu arbeiten, und weil ihnen der Lohn oft nicht zum Leben reichte, wurde ihnen zudem unterstellt, sie prostituierten sich heimlich (vgl. Seite 34 sowie Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 98–99).³⁸ Die soziale Stellung der Amme und der dominante Diskurs über die Unterschichtsfrauen scheint also die ‚Diagnose‘ des Sanitätsrates geleitet zu haben, die in einer bürgerlichen Wertauffassung begründet liegt.

Neben der Befragung unterzieht der Arzt die Amme zweier Leibeskonsultationen: Das erste Mal fasst er kurz ihren Unterarm und findet dort sofort die verdächtigen Merkmale, worauf er sie zum Geständnis aufruft. Das zweite Mal untersucht er ihren Rücken und ihr Dekolleté. Diese Körperteile werden gross ins Bild gesetzt, so ausgeleuchtet, dass die Krankheitssymptome ans ‚Licht kommen‘. Analog der Indiziensuche wird die Amme aufgrund der Hautmerkmale überführt. Die Art der ‚Aufdeckung‘ erfolgt in der Tradition medizinischer Aufzeichnungen, wie oben besprochen. Zum einen fokussiert der wissenschaftliche und filmische Apparat auf ‚verdächtige‘ Stellen, wodurch der Körper fragmentiert wird. Zum anderen initiiert der Wechsel von der Total- zur Nahansicht, motiviert durch die Handlung des Arztes, die medizinisch-beobachtende Sichtweise, d. h. den „klinischen“ Blick.

Durch die Verknüpfung der Geschlechtskrankheiten mit Einzelfällen werden die medizinischen Befunde zum Teil fiktionalisiert, dramatisiert und folglich umgedeutet. In den Episoden sind innere Abläufe ver-äusserlicht, wodurch ein Wechsel von der Mikro- auf die Makro-, von wissenschaftlichen Inhalten auf die soziale Ebene stattfindet. Einerseits folgen die Krankheitsdarstellungen in den teil- / fiktionalen Filmen dem umgekehrten Weg, nämlich vom Symptom zur zugrunde liegenden Krankheit, als in den Lehrfilmen, in denen die Symptome die Folge der Bakterien sind. Andererseits legt die fiktionale Umsetzung den Verlauf offen, wie die Krankheit vom Einzelnen über die Familie in die Gesellschaft getragen wird.

Dadurch, dass die vorgeführten Krankheiten mit jeweils einem Protagonisten oder einer Protagonistin verbunden sind, treten sie im Zusammenhang mit spezifischem Sozialverhalten auf. Der Medizinstudent, die Amme, der alte Bauer, sie agieren zwar als Individuen. Trotzdem folgt ihr Handeln festgelegten, prädisponierten Verhaltensmustern. Immer referiert ihr Verhalten auf zeitgenössische, politische und medizinische Auffassungen von Geschlechtskrankheiten und -kranken. Das Verhalten des Studenten beispielsweise war Anlass für die Abiturentenvorträge und wurde dort thematisiert.³⁹ Zugleich scheint seine Charakterzeichnung (uneinsichtig, überheblich und arrogant) der Figur des Vaters in

38 „Es war das Milieu, das die Prostitution produzierte und die bürgerlichen Männer verführte“, resümieren die Historikerinnen Puenzieux und Ruckstuhl (1994: 99).

39 Vgl. Kapitel 2, S. 40.

Brieux' Stück nachempfunden. Dagegen repräsentiert die Amme das Zielpublikum der Aufklärungsinterventionen, das einfache, ungebildete Volk, das zu einem verantwortungsvollen Verhalten erzogen werden sollte. Doch gerade sie klärt der Sanitätsrat nicht explizit auf. Immerhin erhält sie durch ihre Anstellung in der Klinik Einblick in das Wesen und die Formen der Krankheit, so dass sie zum Schluss – erschüttert durch die Eindrücke – um medizinische Hilfe für sich und das Kind bittet.

Mit den erzieherischen Aspekten und deren narrativer Vermittlung beschäftige ich mich im folgenden Kapitel.

4 Narrative der Ansteckung – Didaktik der Erziehung

Lucio: Behold, behold, Madam Mitigation comes! I have purchased as many diseases under her roof as come to –

Second Gentleman: To what, I pray?

Lucio: Judge.

Second Gentleman: To three thousand dolours a year.

First Gentlemen: Ay, and more.

Lucio: A French crown more.

First Gentleman: Thou art always figuring diseases in me; but thou art full of error; I am sound.

Lucio: Nay, not, as one would say, healthy: but so sound as things that are hollow; they bones are hollow; impiety has made a feast of thee (William Shakespeare, [2004]).

Habe ich im vorangegangenen Kapitel die Visualisierung und Konstituierung der Symptome von Syphilis und Tripper durch den medialen Apparat und die medizinische Institution beschrieben, so geht es in diesem Kapitel um die narrative Verflechtung von Krankheit mit Figurenhandeln und die Vermittlungsaufgaben der Protagonisten. Wie bereits mehrfach angedeutet, lässt sich der Aussagegehalt des medizinischen Sachverhalts oft schwer trennen von den Personen, ihren Handlungen und den Werthaltungen, die diesen zugrunde liegen. Deshalb werden im Folgenden die einzelnen Figuren, gruppiert in Kranke, Ärzte und Frauen, und ihr jeweiliges Handeln im situativen Kontext untersucht. Klar ist, dass sie nicht individuell, allein aufgrund persönlicher Eigenschaften agieren, sondern nach festgelegten Mustern. Dies hat den Vorteil, dass ihre Beweggründe einfacher lesbar und verständlich sind. Für den Aufklärungsfilm, dessen Ziel nicht nur der Wissensvermehrung gilt, sondern der zudem eine Verhaltensänderung bei den Zuschauern bewirken soll, ist das wesentlich.

Wie der Vergleich zwischen der Darstellung der medizinischen Befunde in *FALSCHES SCHAM* und *GEISSEL DER MENSCHHEIT* zeigt, wird die denotative Aussage der medizinischen Symptome durch Kontext und technisches Verfahren auf einer ersten Bedeutungsebene konzipiert. Durch die Verknüpfung oder Einfügung derselben Befunde in fiktionale Episoden kommt es zu einer weiteren Sinnverschiebung: Sie werden fiktionalisiert, theatralisiert und

dramatisiert. Diese neue semantische Schicht legt sich über die erste Aussage, derweil die erste transparent bleibt. In der zweiten, konnotativen Botschaft, schreibt Roland Barthes, bringe die Gesellschaft zum Ausdruck, wie sie über einen Sachverhalt denke (Barthes 1990: 13). Die Attribuierung wird durch Prozesse der Bearbeitung und Re-Produktion erreicht und den Bildern einverleibt. Nach Barthes gibt es kaum ein Bild, keine Zeichnung und schon gar kein filmisches Bild, das allein objektiv ist. Ihnen sind verschiedene Sinnschichten inhärent. Gleichzeitig bedarf es unterschiedlicher Lektüren, um die sich überlagernden, polysemen Bedeutungen zu erschliessen. Oder anders gesagt, um die verschiedenen inhärenten Botschaften zu eruieren, müssen die Rezipienten nicht nur den Sachverhalt wiedererkennen, sondern benötigen einen Vorrat an zusätzlichen Kompetenzen (Schemata, Symbole, Genres, Kultur, Welt etc.).

Es ist tatsächlich so, dass die gesundheitspolitischen Institutionen, zu denen die Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gehörten, sehr wohl Botschaften via Aufklärungsmedien zu vermitteln suchten, die über das medizinische Aufklärungswissen hinausgingen. Die Filme, das wurde schon mehrmals betont, sollten die Zuschauer eher zu einem veränderten Verhalten anregen. Erstens: Kein Sex vor oder ausserhalb der Ehe. Zweitens: Bei Verdacht einen approbierten Arzt konsultieren. Diese erzieherischen Gebote setzten sie zwar wortwörtlich (via Zwischentitel) ins Bild. Effektiver und nachhaltiger schien aber die spezifische narrative Aufbereitung und mediale Darstellung.

Infolgedessen kommt den Protagonisten in den teil- und fiktionalen Aufklärungsfilmen eine wichtige Mittlerfunktion zu. Es steckt Kalkül dahinter, dass sich die Belehrung innerfilmisch primär an sie richtet: Sie schauen durch das Mikroskop, ihnen werden die Symptome vorgeführt, sie entdecken die Merkmale an ihrem eignen Körper. Mit ihnen und durch ihr Handeln erfahren und erleben die Zuschauer – indirekt – das zu Lernende. Mit ihrer Hilfe sollen die Zuschauer einen differenten Umgang zum eigenen Körper, zur Sexualität entwickeln, der mit dem medizinisch-bürgerlichen Werte- und Normensystem konform ist. In der Vermittlung stützen sich die Filmemacher auf Mittel und Gewohnheiten des Spielfilms. Obwohl einzelne didaktische Werkzeuge in den teilfiktionalen Filmen eingesetzt werden, initiieren sie nicht den belehrenden Blick, wie es Reichert für das didaktische Dispositiv beschreibt. Stattdessen bleibt die Aufmerksamkeit auf die Protagonisten und ihre Sicht der Dinge fokussiert. Das heisst, in den teilfiktionalen Filmen – und in den fiktionalen sowieso – kommt ein Aneignungs- und Lektüreprozess in Gang, wie er für den Spielfilm massgebend und dem Publikum bestens vertraut ist. Gerade deshalb sind sowohl teil- wie fiktionale Aufklärungsfilme sehr didaktisch aufgebaut und argumentativ strukturiert. Dadurch soll sichergestellt werden, dass das Publikum die Botschaften im intendierten Sinn ‚liest‘.

Den Krankengeschichten unterliegt ein einfaches narratives Grundmuster: Jemand steckt sich mit einer Geschlechtskrankheit an und muss – da die Person unwissend oder die Behandlung langwierig und entbehrungsreich ist – von der Notwendigkeit einer Therapie überzeugt werden. Obwohl vornehmlich die Protagonisten angesprochen werden, sind die Zuschauer mitgemeint. Dieser Strategie der indirekten Adressierung ist ein narratives Verfahren unterlegt, wie es die amerikanische Literaturwissenschaftlerin Susan Suleiman für den französischen Bildungsroman, als *roman à thèse* untersucht hat (vgl. Suleiman 1993). Mehr noch, Suleimans theoretische Überlegungen lassen sich durchaus auf die teil- und fiktionalen Filme meines Korpus anwenden, weil sich mit ihnen die immanenten Erzählstrategien und damit die verschiedenen Bedeutungsebenen erschliessen lassen. Deshalb werde ich die nachfolgende narrative und argumentative Analyse darauf stützen. Folgende Fragen sollen dabei geklärt werden: Wie sind Erzählung und Didaktik der Erziehung in den Filmen miteinander verwoben? Welche persuasiven Verfahren werden dabei eingesetzt? Wie sind die Botschaften narrativ verpackt? Mit welchen Mitteln wird versucht, die Rezeption zu steuern? Welche Funktionen kommen dabei einzelnen Figuren zu? Kurz: Wie ist die Belehrung beziehungsweise Erziehung der Zuschauer narrativ transponiert, argumentativ strukturiert und innerfilmisch organisiert?

4.1 Theoretische Grundlagen

Der Bildungsroman, im Sinn des *roman à thèse*, hat zum Ziel, den Lesern bestimmte ethisch-moralische Werte zu vermitteln und sie gleichzeitig zu einem entsprechenden Handeln anzuregen. Er tut dies, indem er, meist in realistischem Ton, von den Höhen und Tiefen seiner Figuren erzählt, deren Fehler, Schwächen und Misserfolge ausbreitet und dabei zeigt, wie sie endlich auf den Weg der Tugend zurückfinden – falls es nicht schon zu spät ist. Dieses Konzept basiert nach Suleiman auf der Annahme, dass Romanfiguren und Leser in ähnlicher Weise agieren und dass sich das Publikum in den Helden wiedererkennt.¹ Daraus leitet sich die Intention der Romanart ab, nämlich das Handeln der Leser durch die dargestellten Tugenden beeinflussen zu wollen. Die Rezipienten werden angeleitet, etwa Gefallsucht oder Heuchelei als falsches Handeln zu erkennen und aus den Fehlern der Figuren zu lernen. Die Texte richten damit einen direkten Appell an ihre Leserschaft (vgl. ebd.: 26ff.). In dieser Hinsicht gleicht das in den Romanen angewandte narrative Verfahren demjenigen der Aufklärungsfilme.

¹ Das war, wie unter 2.3.1 und 2.3.2 S. 50 dargelegt, auch die zeitgenössische Auffassung. So kritisierten viele Pädagogen den negativen Einfluss der fiktionalen Helden auf das jugendliche Publikum, während sie die positive Wirkung hervorhoben und so genannt „gute“ Filme für Schule und Volksbelehrung propagierten (vgl. u. a. Albert Hellwig 1913a, Lemke 1910 und Sellmann 1914).

Ein weiteres signifikantes Merkmal des Bildungsromans ist nach Suleiman, dass den Lesern eine besondere Position zugedacht ist. Dies zeigt sich in der Art und Weise, wie das Publikum adressiert wird (vgl. Suleiman 1993: 25). Wie steht es diesbezüglich bei den Aufklärungsfilmen? Auch hier stellt sich die Frage der Adressierung. Für den amerikanischen Filmtheoretiker Bill Nichols liegt der Unterschied zwischen Dokumentar- und Spielfilm nicht darin, ob Ersterer wahre Gegebenheiten abbildet und die Realität zeigt. Es sind auch nicht filmästhetische Kodes, die einen Film als dokumentarisch und einen anderen als fiktional deklarieren (vgl. Nichols 1998: 150). Stattdessen schlägt Nichols als Kriterium die Adressierung vor, wobei er zwei grundlegende Adressierungsweisen ausmacht: die direkte und die indirekte. Der entscheidende Unterschied liegt in der Frage, ob der Rezipient explizit als Subjekt, an den sich der Film richtet, angesprochen wird – wie es typisch für erklärende Filme ist – oder nicht. Zweifellos richten sich die Aufklärungs-Lehrfilme explizit und direkt ans Publikum. Aber wie steht es bei den teil-fiktionalen? Nichols unterteilt weiter danach,

ob der Zuschauer von Charakteren angesprochen wird (d.h. von Individuen, die ihre ausserhalb des Films gelebten sozialen Rollen präsentieren) oder von Sprechern (Individuen, die die Perspektive des Dokumentarfilms selbst repräsentieren und üblicherweise Stellvertreter des Filmemachers sind) und ob die Rede sich zu den Bildern synchron verhält oder nicht (Nichols 1998: 151).

Die verschiedenen Adressierungsweisen finden sich sehr wohl in den teil- und sogar in den fiktionalen Filmen. Die Zuschauer werden zwar – indirekt – über die Figuren angesprochen. Hin und wieder ist die Handlung jedoch so gestaltet wie in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*, dass sich der Arzt direkt ans Publikum wendet, indem er frontal in die Kamera schaut, als ob er unmittelbar zu ihm spräche. Dadurch wird eine Verbindung zwischen Arzt und Publikum etabliert. Dieser Wechsel des Erzählmodus ist nach Suleiman kennzeichnend für den *roman à thèse* (vgl. Suleiman 1993: 30). Obwohl auch der Arzt als fiktionale Figur die Zuschauer nur indirekt ansprechen kann, vermag er für Momente die Distanz aufzuheben. Die fiktionale Illusion bricht und die beiden Ebenen vermischen sich. Dies führt zuweilen zu einer genierlichen Unmittelbarkeit. Obwohl sich Nichols Ausführungen vorwiegend auf dokumentarische Filme beziehen, ist diese Adressierungsweise sowohl für den Bildungsroman als auch für den fiktionalen Aufklärungsfilm signifikant.

Die Frage der Adressierung muss jedoch weiter differenziert werden. An wen richten sich die Filme? An das Publikum! Aber wer sollte zuallererst zum Handeln angeregt werden? Die männlichen Zuschauer? In den Filmen stecken sich ja zuerst die Männer mit der Syphilis an und müssen von einer Therapie überzeugt werden. Oder waren es die Zuschauerinnen, die aus Furcht, sie könnten die Krankheit unwissentlich an ihre Kinder weitergeben, zur

Vorsicht ermahnt werden sollten? Immerhin übernehmen die Protagonistinnen gleich mehrere Aufgaben, aber nicht konzentriert in einer Figur wie beim Arzt, sondern aufgesplittet auf verschiedene Personen. Da es zu den Aufgaben einer Frau gehörte, um das Wohl der Familie besorgt zu sein, suchten die verantwortlichen Dermatologen sie besonders in die Präventionsarbeit einzubeziehen. Wie sie sich diese Mitarbeit vorstellten, ist in den Filmen thematisiert. Klar ist auch, dass die Figuren bei der Vermittlung der sozialmedizinischen Botschaften besondere Funktionen übernehmen.

Zwei weitere, wichtige Aspekte sind mit der Adressierung verbunden. So wird zum einen die indirekte Adressierung in diesen Medien über die Figuren inszeniert, indem ihre inneren Beweggründe nicht explizit vorgetragen, sondern via Figurenverhalten, Mimik und Gestik transportiert werden. Nicht der Intellekt der Rezipienten soll, wie bei den dokumentarischen Lehrfilmen, primär angesprochen werden, sondern die emotionale Ebene. *Psychagogia*, „Seelenführung“, heisst diese Strategie, die ein zentraler Begriff in der Rhetorik von Platon ist. Nach Herman Barth sind darunter alle Mittel zu verstehen, „mit deren Hilfe ein (beim Redeentwurf vorgestellter) Zuhörer gefügig zu machen sei, um die Botschaft der Rede im Sinne des Redners zu übernehmen“ (Barth 1990:14). Zum anderen birgt die indirekte Adressierung aber das Risiko, missverstanden zu werden. Denn wie schon Nichols festhält, ist „[die] indirekte Adressierung [...] auch der Hauptmodus des Narrativen und ein bedeutsamer Faktor für den Aufbau der Diegese, der fiktionalen Realitätsebene“ (Nichols 1998: 38). Charakteristikum des Fiktionalen also. Um die Interpretationsfreiheit zu begrenzen, hat der Bildungsroman Instrumente entwickelt, mit deren Hilfe die individuelle Auslegung kontrolliert und die Bedeutung kanonisiert werden kann. Auf beide Aspekte werde ich weiter unten näher eingehen. Doch zuerst werde ich die teil- und fiktionalen Aufklärungsfilme mit Suleimans Kriterien des Bildungsromans betrachten und die argumentative sowie die narrative Struktur untersuchen. Denn sie bildet nicht nur das Grundgerüst für die Figuren und ihre Handlungen, sondern auch für die innerfilmische Organisation der Botschaften und zugleich leitet sie den Aneignungsprozess der Zuschauer. Danach sollen einzelne Protagonisten, ihre Rollen und Funktionen im Vermittlungsprozess betrachtet werden.

4.1.1 Rhetorische Mittel und narrative Strategien

Obgleich die teil- und fiktionalen Aufklärungsfilme nie einen Hehl daraus machen, dass die Geschichten, die Gegebenheiten und die Figuren frei erfunden sind, erheben sie trotzdem Anspruch auf Wahrheit. Wenn sie auch nicht tatsächlich stattgefundene Ereignisse, die sich so und nicht anders zugetragen haben, erzählen, so orientieren sie sich dennoch an realen Krankengeschichten. Jedenfalls wird dies durch die Rahmenhandlungen suggeriert.

Sie präsentieren die möglichen Fälle eines Sanitätsrats (FALSCHER SCHAM), die besondere Krankengeschichte eines Patienten und seiner Freunde (IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS) oder ganz einfach Patienten eines Ambulatoriums (FEIND IM BLUT) auf plausible Art und Weise. Nach Suleiman ist diese Art des ‚Realismus‘ ein wesentliches Merkmal des Bildungsromans: „[A] *roman à these* is a novel written in the realistic mode (that is, based on an aesthetic of verisimilitude and representation), which signals itself to the reader as primarily didactic in intent, seeking to demonstrate the validity of a political, philosophical, or religious doctrine“ (Suleiman 1993: 7). Suleimans Definition basiert somit weder auf Inhalt oder Erzählstoff noch auf Stilelementen oder der diskursiven Organisation, sondern stellt die Intention der Werke, in einer bestimmten Art gelesen zu werden, ins Zentrum (vgl. 1993: 25). Ziel und Effekt sei es, die Leser von den ‚richtigen‘ Wertmassstäben zu überzeugen. Sie begründet die Zielgerichtetheit, mit der diese Texte operieren, mit der Sprechakttheorie von John Searle. Auch beim Sprechen gehe es nicht allein darum, Informationen auszutauschen, sondern auf das Gegenüber einzuwirken. Die sprachliche Äusserung soll den Empfänger zu einer bestimmten (Re-)Aktion anregen (ebd.: 26). Karl Bühler bezeichnete diesen Aspekt der sprachlichen Kommunikation als „Appell“, weil der Hörer durch die Äusserung dazu gebracht werden soll, etwas zu tun (vgl. Bühler 1965: 25, 28). Um dies zu bewirken, werden in den belehrenden Medien zuhauf rhetorische Mittel eingesetzt.

Als eines der wirksamsten Mittel gilt das Beispiel, das *exemplum*. Der Begriff entstammt der griechischen Rhetorik und bedeutet Persuasion durch Induktion oder Analogie. Aristoteles, auf dem die klassische rational-argumentative Rhetorik beruht, beschreibt das Beispiel als Induktionsbeweis, den ein Redner einfügt, um dem Publikum seinen Standpunkt klar zu machen (vgl. Aristoteles 1995). Im Gegensatz zum Enthymem, bei dem das Argument auf einer verkürzten logischen Schlussfolgerung gründet, führt das Beispiel Handlungen vor, deren Beweiskraft auf dem Prinzip der Ähnlichkeit beruht (vgl. ebd.: 14-19).² Laut Suleiman bildet das *exemplum* das narrative Fundament des Bildungsroman und zwar im Sinne von Aristoteles (vgl. 1993: 27).

Paradigmatisch sind die Gleichnisse im Neuen Testament, Suleiman zählt aber auch Fabeln und Parabeln zu dieser rhetorischen Form (vgl. ebd.: 27). Berühmt ist das Gleichnis vom Söhmann aus der Bibel oder die Ringparabel aus Gotthold Ephraim Lessings *Nathan der Weise*. Sie sind folgendermassen narrativ strukturiert: In die Argumentation werden Einzelgeschichten eingebaut, die durch eine Figur oder das Thema verknüpft und zueinander in Beziehung gebracht werden. Den Abschluss bildet ein Aufruf: eine Verhaltensanweisung. Diese verbindet die Geschichte mit der Gegenwart und die Erzählung mit dem Publikum.

2 Barthes erwähnt, dass bereits Aristoteles zwischen fiktiven Beispielen, wozu er Parabel und Fabel zählt, und ‚wirklichen‘ Beispielen, gemeint sind historische oder mythologische, unterscheidet (vgl. Barthes 1988: 58).

Die Verbindung aber muss das Publikum selber herstellen und eine Lehre, wie dies für die Parabel typisch ist, ziehen. Die *exempla* transponieren den Sinn also meist nicht explizit, sondern bedürfen einer Auslegung oder Interpretation. Dieser mnemotechnische Prozess folgt einem eingeschliffenen Muster: Innerhalb der Erzählung wird eine zweite Auslegung eingebaut, wobei der intratextuelle Zuhörer das Erzählte kommentiert. Der extratextuelle Leser hingegen schlussfolgert weiter und bezieht den Sinn auf die übergeordnete Geschichte. Er interpretiert, was als Deutung offenkundig vorliegt. Die Applikation auf das eigene Leben – durch einen Akt der Analogie/Belehrung – zu leisten, ist somit Aufgabe der Rezipienten, was den Lerneffekt erhöht (vgl. ebd.: 30–33). IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS ist exakt nach diesem Muster aufgebaut: Ein Arzt erzählt seinem Sohn beim Sonntagskaffee von den drei Freunden, die filmische Handlung – in Form von drei *exempla* – ist in die Rahmenhandlung eingebettet. Als Erzähler verbindet er nicht nur die einzelnen Episoden, sondern kommentiert das Geschehen.

Die pädagogische Intention didaktischer Medien manifestiert sich somit in der Relation der Leser zum Dargestellten. Die Verteilung der Botschaften wie ihre Erschliessung ist intratextuell organisiert. Dabei arbeitet der Text mit rhetorischen Mitteln, die er effizient orchestriert. Suleiman unterscheidet drei hierarchische Stufen, auf denen die Erzählung operiert: die narrative, die interpretative und die pragmatische. Der narrative Diskurs erzählt die Geschichte, der interpretative kommentiert sie, um die Bedeutung herauszustreichen, und der pragmatische leitet von der textuellen Bedeutung eine Verhaltensänderung ab und ist als Imperativ an den Empfänger gerichtet (vgl. Suleiman 1993: 32f.).

Die *richtige* Lesart wird in diesen Texten nicht dem Zufall überlassen. Denn trotz Steuerung besteht die ‚Gefahr‘, wie oben angedeutet, dass die Geschichten auf unbeabsichtigte Art ausgelegt werden. Der Leser muss also dazu gebracht werden, den Text *korrekt* zu lesen und *richtig* zu interpretieren. Die Breite der Auslegungen ist deshalb von vornherein eingeschränkt und reduziert (vgl. auch Brinckmann 2005: 345; oder Brunner 2009: 168f.). Suleiman listet drei Kriterien auf, die die Ambiguität limitieren und die Interpretationen kanonisieren: Redundanz, ein duales Wertesystem und eine inhärente Doktrin. Redundanz, das erste Merkmal, ist ein rhetorisches Verfahren, mit dem ein Werk auf eine einzige Lektüre verengt werden kann, indem sich die *eine* Botschaft mehrfach wiederholt.³ Zugleich reduziert das Vorgehen die Quantität an vermittelten Informationen, so dass sich die Wahrscheinlichkeit *einer* korrekten Auslegung erhöht. „Redundance functions, in other words,

3 Das „wiederholte Vorkommen bestimmter Größen in einem ‚Text‘“ ist nach Manfred Titzmann das bekannteste Kriterium: die „*Rekurrenz*“ (Titzmann 1977: 347f.). Doch, wie oft ein Element im Text vorkommt, ist noch kein Massstab für die Relevanz. Erst dessen „*Funktionalisierung*“ rechtfertige die Extrapolation (vgl. ebd.: 351). Der *roman à thèse* funktionalisiert bestimmte narrative Elemente und misst ihnen dadurch semantische Relevanz zu. Da ich mich im Weiteren auf Suleimans Erkenntnisse stütze, werde ich ihre Begrifflichkeit der Redundanz verwenden.

as a means of disambiguation: if the meaning is ‚excessively named‘, it is in order that it should be understood without ambiguity“, sagt Suleiman hierzu (1993: 55). Redundanz kontrolliert somit den Lektüreprozess.⁴

Zweitens verlangt die Reduzierung der Interpretationsmöglichkeiten nach einem klar definierten Wertesystem. Von Vorteil sei ein „duales“ System, das erlaube Regeln aufzustellen, um eindeutig zwischen *richtig* und *falsch* unterscheiden zu können (Suleiman 1993: 56). Diese Regeln leiten wiederum die Interpretation, wenn es darum geht, die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen. Als letzten Punkt führt Suleiman die Notwendigkeit eines doktrinalen Intertexts an. Parabeln, Fabeln oder die biblischen Gleichnisse funktionieren nur auf der Folie bestimmter moralisch-ethischer Auffassungen, die auch ausserhalb der jeweiligen Geschichten bestehen. Kollektive Werthaltungen und Normvorstellungen bilden den Subtext, auf den die Handlung referiert. Sie liefern das Raster, nach dem die Aktionen beurteilt werden. Die Doktrin ist dem Text übergeordnet, lenkt das Verstehen gleichsam von aussen und steuert dadurch den Lerneffekt.

Suleimans Kriterien lassen sich sehr wohl auf die Aufklärungsfilme anwenden. Denn auch sie sind beispielhaft aufgebaut und rhetorisch strukturiert: Botschaft und Appell sind präzise orchestriert. Ausserdem ist ihnen ein medizinisch-ideologischer Diskurs implementiert. Und zwar ideologisch im engeren Sinn, weil er explizit auf ein System von Grundsätzen, Regeln und Werten rekurriert, mit dem er sich identifiziert. Die Zuschauer sollen wie die Protagonisten am Ende nach den vorgeführten Werten (Enthaltsamkeit) und Regeln (bei Ansteckung Arzt konsultieren) handeln und leben. Nachfolgend werde ich also den narrativen Aufbau und die argumentativen Strategien der teil- und fiktionalen Produktionen hinsichtlich Redundanz, Wertesystem und Doktrin untersuchen.

4.1.2 Redundanz

Redundanz ist ein signifikantes Merkmal der Aufklärungsfilme – und zwar auf verschiedenen Ebenen: der Narration, der Handlung und der Gestaltung. In *FALSCHER SCHAM* wird im Grunde dieselbe Geschichte viermal erzählt, sei es am Beispiel des jungen Medizinstudenten, der Amme, des alten Bauern oder Annas. Sie alle durchleben einen Moment der Schwäche, während dessen sie angesteckt werden. In *ON DOIT LE DIRE* widerfährt Mattéo dasselbe Liebesabenteuer wie Matthieu – noch dazu mit demselben Mädchen. Auch Jacques und Georges stecken sich in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* bei derselben Gelegenheit auf

4 Gerade Filmanfänge operieren häufig redundant, um das Publikum zu einem möglichst frühen Zeitpunkt auf den richtigen Lektüreweg einzuspüren (vgl. Hartmann 2002: 59; Hartmann 2005: 159f. sowie Brunner 2009: 197-199, 209).

dieselbe Weise mit Syphilis an. Darüber hinaus werden dieselben oder ähnliche Informationen mehrfach wiederholt, so erklärt der Arzt sowohl seinem Sohn, den Studenten als auch Charles dieselben oder ähnlich lautende Sachverhalte. Ausserdem folgen Verlauf wie Lösung analogen Mustern: Zuerst vernachlässigen die Figuren die Krankheit aufgrund von Naivität, Unwissenheit oder Überheblichkeit. Einzig das rigorose Ins-Gewissen-Reden des Arztes wendet das Unglück zum Guten und kann die Protagonisten der klinischen Obhut zuführen.

Wie oben dargelegt, gerinnt das Ansteckungsszenario in den Aufklärungsfilmen zum Stereotyp, reduzieren sich die Ansteckungsmöglichkeiten auf eine einzige: auf den ‚promiskuitiven‘ Kuss. Auf der Darstellungsebene hingegen ist der Akt vervielfacht. In *FEIND IM BLUT* beispielsweise wird der Kuss verbal als Ansteckungsgrund in der Vorlesung genannt; angedeutet, wenn sich der Freund zur Reisenachbarin beugt; als Erinnerungsfetzen fragmentiert und aufgefächert, wenn der junge Student enttäuscht das Haus verlässt, weil seine Geliebte ihn nicht mehr will. Anspielungen und Verweise halten das Moment in Zirkulation und damit im Bewusstsein der Zuschauer. Ähnlich verfährt *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* Im Film wird der Kuss zuerst in der Bar ausführlich dargestellt und später in der Arztpraxis als Erinnerung Hartwigs wiederholt. Zum einen schrauben die Wiederholungen den Akt aus dem Handlungsfluss, wodurch er als bedeutsam taxiert und konnotiert wird. Zum anderen lenken sie die Aufmerksamkeit der Rezipienten in diese Richtung und halten sie fest, wodurch die Hypothesenbildung und der Erkenntnisprozess diktiert werden.

Besonders augenfällig wird die Hypothesenbildung in *LE BAISER QUI TUE* gelenkt. Die Hauptfigur Le Goff ist auf Landurlaub in Marseille. Während er in den Gassen fernab seiner Kollegen nach einem ruhigen Platz sucht, um seiner Anne-Marie einen Liebesbrief zu schreiben, ist seine spätere Verführung zweifach vorweggenommen. Die erste Andeutung erfolgt, als sich Anne-Marie von einer Zigeunerin die Zukunft aus den Karten lesen lässt. Die Alte weissagt ihr Unglück, worauf verschiedene Gesichter über Anne-Maries erschrockenem Antlitz erscheinen. Den zweiten Hinweis liefert das Treffen zweier Personen (Abb. 14) in einer Gasse am Hafen. Das heisst, es sind nur ihre Beine zu sehen. Die Frauenbeine stecken in schwarzen Strümpfen, gehen vor einer Hauswand hin und her, als ob sie auf jemanden warteten. Sogleich schreitet ein Matrose, zu erkennen an den weissen Hosenbeinen, daher, geht vorüber, dreht sich um, trifft auf die Frau, danach gehen die beiden in dieselbe Richtung weg. Das Zusammentreffen und das gemeinsame Weggehen spielen auf den nachfolgenden Sexualakt an.

Aber auch Le Goffs Verführung selbst ist in der Chronologie der Ereignisse zuerst nur angedeutet. Er, der sich anfänglich schroff gegen die Annäherungen einer jungen Frau wehrt und verstockt weiterschreibt, unterhält sich nach ein paar Gläsern Wein ausgelassen



Abbildung 14: Das Aufeinandertreffen zweier Beinpaare in *LE BAISER QUI TUE*.

mit ihr. Schliesslich folgt er ihr, wohl angetrunken, die Treppe hoch ins Zimmer. Dass sie ihn verführen und sich verkaufen will, war schon in der Kneipe klar geworden durch das Augenzwinkern, das die Kellnerin der Frau zuwarf. Der inneren Logik folgend erwacht Le Goff am anderen Morgen auf dem Gehsteig vor dem Haus. Der Akt selbst bleibt ausgespart. Das heisst nicht ganz: Zurück auf dem Schiff wird Le Goff immer stärker von der Ungewissheit bedrängt, bis er sich eines Abends erinnert. Im Flashback ist die Verführungsszene nun explizit dargestellt. Nachdem sich die junge Frau zurecht gemacht hat und ihre blanke Brust zu sehen ist, beugt sie sich, wie oben ausführlich beschrieben, über Le Goff und küsst ihn. Unvermittelt wird die Frau in ein Skelett ‚verwandelt‘. Zur Verstärkung des Eindruckes wird von der ‚realen‘ zur ‚imaginierten‘ Liebkosung überblendet, so dass der Schädel des gespenstisch über dem Gesicht des Seemanns pendelt. Die Narration kreist also allein um diesen Kuss, die Reduzierung spitzt die Aussage zu bei gleichzeitiger Auffächerung und Vervielfachung der visuellen und narrativen Präsenz durch das Mittel der Redundanz.

4.1.3 Duales Wertesystem

Die (unterlegte) Botschaft ist unmissverständlich. Dieser Kuss wird fatale Folgen haben. Die Beine, das Lachen, der Alkohol – alles weist auf die sexuelle Verführung hin. Der Blick zwischen der Kellnerin und Le Goffs Verführerin ist kein freundschaftlicher, sondern ein verschwörerischer, das Lachen der Frau nicht freudig, sondern berechnend. Der Wein erquickt nicht den Geist, sondern benebelt ihn und macht ihn träge. Die Objekte und Gesten sind aber nur äussere Merkmale, die auf etwas Darunterliegendes, Verborgenes, Inneres verweisen. Ähnlich wie bei den ‚Polizeifotos‘ der Syphilitiker in *UNE MALADIE SOCIALE* verbinden sich durch die Inszenierung, durch das Herausstellen gewisse Eigenschaften mit der zugrunde liegenden Krankheit. Die Indizien weisen nicht nur auf die Handlung, sondern auf die innere Disposition der Protagonisten hin. Der Mann, meist alkoholisiert, kann seine Triebe nicht beherrschen und übersieht daher alle Warnsignale. Statt sich von bestimmten Orten und Personen fernzuhalten, lässt er sich verführen – und es kommt zum

unweigerlichen Schluss. Die ganze Inszenierung, Ausstattung, Gestik und Mimik sowie die filmästhetische Gestaltung steuern ausschliesslich auf den Handlungskern, den Kuss, zu, kanalisieren seine Bedeutung und markieren ihn schon im Voraus als moralisch *falsch*. Der Flashback, das Skelett und der Totenschädel bestätigen im Nachhinein, dass es eindeutig ein Fehler war, sich mit dieser Frau einzulassen.⁵

Über den Kuss als Kernelement der Verführung wird ein duales Wertesystem etabliert. Gegenspielerin der Verführerin ist die Braut, die zuhause wartet, oder die neue Bekanntschaft wie in *FEIND IM BLUT*. Es steht also die *reine* gegen die *käufliche* Liebe, Ehe gegen Promiskuität, Gesundheit gegen Krankheit, Leben gegen Tod. Alle Ereignisse konstituieren sich aus diesen binären Oppositionen. In *FALSCHER SCHAM* operieren alle vier Beispiele nach diesem Schema, wobei den Protagonisten erst beigebracht werden muss, dass die eine Handlung falsch, die andere richtig ist. Obwohl der Medizinstudent befürchtet, sich angesteckt zu haben, beurteilt er sein Handeln nicht als falsch. Zwar möchte er geheilt werden, aber nicht mit den auferlegten Konsequenzen – die langwierige Behandlung und die sexuelle Abstinenz bis zur völligen Genesung. Erst der Gang durch die Klinik und das Vorführen der Misere, ausgelöst durch den Tripper, ändern seine Meinung betreffend Therapie, nicht aber bezüglich der Sexualität. Entsprechend fragt er, sobald ihn der Sanitätsrat als geheilt erklärt, nach Schutzmitteln. Ebenso wenig ist sich die Amme eines Fehltritts bewusst und bagatellisiert den Ausschlag des ihr anvertrauten Säuglings. Gewiss beruht ihr Handeln auf Unwissenheit, was aber nicht länger für den Zuschauer gelten darf. Er muss das Verhalten als deviant erkennen. Mehr noch, sein Mehr-Wissen lässt ihn in Erwartung der zu befürchtenden Folgen um das Wohl der Figuren bangen. Aber lässt sich das Unglück abwenden? Kann die Person gerettet werden? Die dramatische Spannung entsteht aus der Dualität der verhandelten Werte.

Es ist nun nicht so, dass die Bräute ihre Liebsten nicht begehrten. Trotzdem üben sie sich in Zurückhaltung und folgen den sozialen Normen. Sie warten auf den Geliebten, geduldig, wenn nötig über Jahre, wie Anne-Marie auf ihren Le Goff. Ebenso entzieht sich die neue Bekannte in *FEIND IM BLUT*, eine junge Sekretärin, der Versuchung, indem sie schon nach einem einzigen Tanz das Lokal verlässt. Sie trifft den Studenten erst wieder, nachdem dieser Gewissheit hat, gesund zu sein. Während die Männer sich ihren Lüsten hingeben, erlegen sich die Frauen Selbstkontrolle auf. Am ausgeprägtesten wird dies von Anna aus *FALSCHER SCHAM* gefordert. Kurz nach ihrer Ankunft in der Stadt lernt sie den Stadtreisenden Mertens kennen, der sie verführt und mit Syphilis ansteckt. Doch anders

5 Die ganze Verführung ist so detailliert gebaut, dass, wie bei der Symptomatik der Syphilis, alle Merkmale ‚plastisch‘ vor Augen treten und als solche erkannt werden. Die Szene ist ausserdem so vielfältig gestaltet, dass möglichst viele Sinne angesprochen werden, um das Ereignis nachhaltig im Gedächtnis zu verankern, auf dass die Erinnerung durch den leisesten Hinweis wachgerufen werde.

als ihr Partner begibt sie sich in ärztliche Obhut. Mehr noch, sie drängt oder vielmehr zwingt ihn, sich ebenfalls behandeln zu lassen. Damit verhält sie sich ganz so, wie es die Sittlichkeitsvereine und mit ihnen die meisten Dermatologen wie der Zürcher Bruno Bloch propagierten (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 122; 155-157; 164-165). Das wirksamste Mittel sei die Enthaltbarkeit, stellt Bloch klar (vgl. 1919: 29-30). Dieser sozialmedizinischen Regel ordnet sich Anna, nachdem sie sich angesteckt hat, in vorbildlicher Weise unter. Sie verlässt ihren Geliebten Mertens sogar, um sich kurieren zu lassen, und heiratet erst, als ihr der Sanitätsrat dies erlaubt. Dem Gebot ehelicher Diskretion folgend, wonach die eheliche Sexualität rein privat ist, sind die nun glücklich Verheirateten nie küssend zu sehen. So bleibt das Küssen ausserehelichen Aktivitäten vorbehalten, wodurch es auf sozialer Ebene pathologisiert wird. Dagegen beruht die Durchsetzung und die Einhaltung des Wertsystems, das Ehe und Familie ins Zentrum stellt, auf den ‚guten‘ Frauen.

4.1.4 Doktrin

Das dritte Kriterium, das Suleiman in der extratextuellen Doktrin diagnostiziert, betrifft das übergeordnete Normgefüge. Darin sind die Geschichten zwar angesiedelt, dieses wird in den Texten aber nicht explizit kommuniziert, wie die Autorin schreibt (vgl. Suleiman 1993: 43). Vielmehr müssen die Zuschauer die zugrunde liegenden Werthaltungen mithilfe ihres Vor- und Weltwissens erschliessen. Die Geschichten selbst dienen dabei zur Illustration der Doktrin. Mit anderen Worten: Die sozialen, sittlich-ethischen Werte und Normen bilden die Matrix – basierend auf dem patriarchalischen, bürgerlich-christlichen Familienmodell –, nach der das Figurenverhalten bewertet wird.⁶ Danach haben die Individuen sich in bestimmter, sittlich-moralischer Weise zu verhalten. Im Zentrum dieses Ordnungssystems steht die Ehe. Darin ist die Beziehung zwischen Mann und Frau geregelt, die Sexualität allein dem ehelichen Akt vorbehalten, der wiederum der Reproduktion verpflichtet ist. Damit einher geht die ‚klassische‘ Rollenverteilung, wonach der Mann das Oberhaupt, die Frau ihm untergeordnet ist. Er repräsentiert die Familie nach aussen, sie kümmert sich im Innern um das Wohl aller Mitglieder. Daraus resultiert, dass die Frau keiner Erwerbstätigkeit nachgehen sollte. Schliesslich ist es Aufgabe des Mannes, für die Familie zu sorgen. Weiter sind damit klare soziale Verhaltensweisen der Bürger untereinander sowie dem Staat gegenüber verbunden.⁷ Den Staatsinteressen zufolge ist es Bürgerpflicht, für Gesundheit und gesunde Nachkommenschaft zu sorgen – Anliegen, die in der Obhut der Ärzte stehen (vgl. auch Keitz 2005b).

6 Dazu Brunner: „Die Ansichten, Wertmassstäbe und affektiven Dispositionen des Bildungsbürgertums sind auch (obschon nicht ausschliesslich) in den Gruppierungen des Arbeitertums und der Aristokratie handlungsrelevant“ (Brunner 2009: 37; vgl. weiter Sarasin 1997, Hetting 1999).

7 Siehe hierzu Kapitel 2.1.2 sowie Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 129.

In den Aufklärungsfilmen repräsentiert der Mediziner das bürgerliche Normsystem. Kraft seiner Autorität vermittelt und lebt er nicht nur diese Werte, sondern fordert sie auch von den Protagonisten ein. Der Sanitätsrat in *FALSCHER SCHAM* tritt autoritär auf, sei es gegenüber dem jungen Kollegen, der Amme oder Mertens, und verlangt schliesslich von ihnen, dass sie sich nach ärztlichen Anweisungen verhalten. Desgleichen redet der Dermatologe in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* Charles ins Gewissen, wirkt auf ihn ein, indem er seine intellektuelle Überlegenheit einsetzt und seine soziale Stellung als dessen ehemaliger Chef nutzt. Die Ärzte verlangen von ihren Patienten, dass sie ihr Verhalten ändern. Auch wenn sie deren frühere Handlungsweisen (bezüglich nichtehelicher Sexualität) nicht explizit verurteilen, stehen diese zur Diskussion. Mit der Einwilligung zur Behandlung deuten die Protagonisten an, dass ihr Sozialverhalten künftig konform sein wird. Und dafür werden sie schliesslich belohnt. In *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* beispielsweise steht das Vaterglück (bezifferbar mit der Anzahl Kinder) in direkter Relation zum Beginn der Behandlung. Mit Ausnahme des Medizinstudenten in *FALSCHER SCHAM*, dessen Frage nach Schutzmitteln seine Unbelehrbarkeit signalisiert, sowie des Malers Hartwig in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, der vor der Verantwortung flieht, fügen sich alle Figuren in dieses Normsystem.

Somit bilden die Mediziner sozusagen die Brücke zur Realwelt. Sie sind die Repräsentanten der Doktrin, die sie propagieren, Vertreter des dominanten Diskurses. Die von ihnen verkörperten Grundsätze und Werte bilden den normativen Hintergrund, der dem Figurenverhalten zugrunde liegt, nach dem die Schlussfolgerung zu ziehen und das eigene Handeln zu richten ist.

Das sind die rhetorischen Mittel analog zu Suleimans *roman à thèse* auf der narrativen Ebene. Im weiteren untersuche ich, welche Rollen und Aufgaben den einzelnen Figuren zukommen. Im Zentrum des Interesses steht, welche Funktionen sie in der Vermittlung der aufklärerischen Botschaften übernehmen.

4.2 Funktionen der Figuren

Zweifellos sind exemplarische Figuren eines der effektivsten Überzeugungsinstrumente. Mit ihnen ist gleichsam ein Wechsel von der textimmanenten Organisation in der Vermittlung der Botschaften und Steuerung der Lektüre hin zu sozialpsychologischen Aufgaben verbunden, mit denen die Figuren betraut werden. Auch in der Figurenzeichnung operieren die Filmemacher nach dem Grundsatz der Wirkungsmaximierung. Das heisst, die filmischen Personen und ihr Handeln müssen verständlich und nachvollziehbar sein. Dies wird wiederum mit einer rigorosen Reduzierung auf das Wesentliche erreicht. Die Protagonisten

sind wenig differenziert, vielmehr als Typen gezeichnet, deren Verhalten rollenspezifischen und schematisierten Handlungsmustern gehorcht. Dies sind Merkmale, wie sie für eine Gruppenkonstellation kennzeichnend sind. Die einzelnen Figuren sind nicht individuell gezeichnet, wie Margrit Tröhler in ihrer Habilitation über *Plurale Figurenkonstellationen im Film* schreibt, sondern integriert in einem Geflecht unterscheiden sie sich voneinander „durch soziale Positionen, Rollen und Reaktionen“ (2007a: 59). Der Vorteil typisierter Figurenkonzepte für den Aufklärungsfilm liegt auf der Hand. Die Reduzierung auf wenige Charakterzüge und Handlungsmuster grenzt die Figuren gegeneinander ab und verengt zugleich den Interpretationspielraum für die Zuschauer.

4.2.1 Empathie und Apperzeption

Der Hauptunterschied zwischen den Aufklärungs-Lehrfilmen und den teil-fiktionalen Filmen ist, dass in Letzteren die Figuren selbst erkranken oder befürchten, sich mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt zu haben. Damit sind die ‚Patienten‘ nicht länger anonym und gesichtslos, sondern individualisiert und bekannt: Man hat sie sprechen gehört und sie in alltäglichen Situationen agieren gesehen. Sie sind keine Fremden, reduziert auf abstrakte Körpersegmente, sondern Menschen – wie die Zuschauer selbst. Letztere sollten sich nämlich, dem Prinzip der Analogie folgend, in den Figuren wiedererkennen.

Die Filmemacher bauten darauf, dass das mimetische Spiel ein affektives Mitgehen der Rezipienten provoziere, so dass das filmische Geschehen bei ihnen einen nachhaltigen Eindruck hinterlasse. Diese didaktische Strategie korrespondiert mit der Annahme, dass die Filme unmittelbar auf die Zuschauer einwirken. Nach Ansicht zeitgenössischer Kritikern wie dem Hamburger Juristen Albert Hellwig findet eine direkte Übertragung zwischen Helden und Publikum statt. So verführten Diebe, deren Tun heldenhaft vorgeführt sei, die Jugendlichen zum Stehlen, und das Turteln der Liebespaare in Komödien wurde für frühreifes Verhalten verantwortlich gemacht (vgl. Albert Hellwig 1911).⁸ Dieser Logik folgend erkrankt das filmische Personal stellvertretend für das Publikum und lässt sich ebenso stellvertretend belehren und bekehren. Nebenbei bemerkt impliziert dieses Vorgehen, dass sich die Filmemacher ihr Publikum als potentiell krank oder zumindest gefährdet vorstellten. Aufgabe der Figuren war es demzufolge, den Erkenntnisprozess der Zuschauer anzustossen und sie zu einem Patienten konformen Handeln anzustiften.

⁸ Jörg Schweinitz bezeichnet die Auffassung, dass „das Kino eine hermetische Wahrnehmungssphäre voller starker imaginativer Erlebnisse“ aufbaut, welche „das Bewusstsein der Zuschauer gleichsam überwältigt“, als Mythos. Mit Verweis auf den zeitgenössischen Theoretiker Hugo Münsterberg vertritt er die Meinung, dass das Publikum sehr wohl zwischen Erleben in realen und virtuellen Welten unterscheiden konnte (Schweinitz 2006b: 146).

Die Zuschauer nicht allein auf der kognitiven Ebene zu erreichen wie in den Lehrfilmen, sondern auch Gemüt und Gefühle anzusprechen, entspricht dem Erziehungsprinzip der *Psychagogie*, wie Platon es in *Phaidros* entwirft. Dieses Prinzip beruht auf der Seelenführung durch die Rede und bedeutet nach Platon die eigentliche Kunst der Rhetorik (vgl. Stueber 2008 sowie Asmis 1986). Im Unterschied zur aristotelischen Rhetorik, wonach die Zuhörer mit sachlich-rationalen Argumenten überzeugt werden, operiert die *Psychagogie* „mit allen Mitteln der Emotionslenkung“ (Barth 1990: 14f.). Die Überredung brauche nicht immer auf wahren Sachverhalten zu beruhen, sondern könne sich auch auf Gewissheiten, die noch nicht rational erklärbar seien, beziehen (vgl. Antje Hellwig 1973: 34). In *Phaidros* führt Platon vor, wie im Gespräch die ‚seelischen‘ Aspekte beeinflusst werden, die wiederum auf die Vernunftebene zurückwirken und dadurch zum gewünschten Handeln, was Ziel und Zweck der Rhetorik ist, führen (vgl. Asmis 1986). Im Film wird dieses Ziel durch erzählte Ereignisse als auch durch die Figuren angestrebt, die einem sympathisch sind oder nicht: Das Schicksal der Helden geht zu Herzen, die Kaltschnäuzigkeit der Rivalen missfällt. Ihr Agieren, ja bereits ihre Physiognomie oder die Art, wie sie inszeniert sind, berühren die emotionalen Seiten. Weisen Protagonisten und Zuschauer zudem ein ähnliches Persönlichkeitsprofil auf und teilen sie die gleichen kulturellen Werte wie die Figuren, so fällt es einfacher, sich in ihre Gefühlslage zu versetzen (vgl. Wulff 2003: 140; Plantinga 2004: 15f.). In diesem Zusammenhang ist es wichtig über emotionale Aspekte zu sprechen. Denn, so wie Ed Tan es bereits im Titel seines Buches formuliert, funktioniert das *Kino als Emotionsmaschine* (1996) – es evoziert Gefühle. Neben dem narrativ-situativen Kontext sind es vor allem die Figuren, die, indem sie emotionale Zustände durchleben, die Zuschauer zum affektiven Mitgehen einladen.⁹

Die nachfolgende Untersuchung richtet sich somit doppelt aus:¹⁰ zum einen auf die Gefühlsregungen der Figuren, also die *Figurenemotionen*, zum anderen auf die emotionale Reaktion der Zuschauer, die *Fiktionsemotionen*.¹¹ Basis der weiteren Betrachtung ist das Instrumentarium der jüngeren Emotionstheorie, das sowohl psychologische, kognitivistische als auch philosophische und ästhetische Konzepte umfasst.¹² Zudem verstehe ich

9 Tan betont, dass das Publikum auch auf Artefakte als solche emotional reagiert (vgl. Tan 1996: 32-36).

10 Wenn im Weiteren der Fokus auf die emotionalen Aspekte gelegt wird, bedeutet dies nicht, dass der narrative-situative Kontext ausgeblendet wird. Im Gegenteil, alles Handeln der Figuren basiert auf den Ereignissen, so dass sie immer mit in die Analyse einbezogen werden müssen.

11 Brunner definiert die *Figurenemotionen* als „Teil der erzählten Welt“, die der „Logik der Narration“ folgen, während die *Fiktionsemotionen* aufseiten der Zuschauer angelegt sind, ausgelöst in der Diegese, sei es durch die Figuren oder durch eine bestimmte Situation (Brunner 2009: 132, 139). Jens Eder nennt entsprechend *diegetische Emotionen* diejenigen der Figuren und *perzeptuelle Emotionen* diejenigen der Zuschauer (J. Eder 2007: 266).

12 Vgl. M. Smith 1995, Tan 1996, Grodal 1999, G. M. Smith 2003 sowie Damasio 2003 und Goldie 2002, um nur einige, für meine Arbeit wichtige Autoren zu nennen.

Emotionen als ein breit abgestecktes Feld aus „Empfindung, Affekt und Emotion“, wie es Margrit Tröhler und Vinzenz Hediger umreißen (vgl. 2005: 7).

Die kognitiv-psychologischen Theorien definieren Emotionen als funktional, situationsabhängig und episodisch. Danach reagieren Menschen in bestimmten Situationen nicht individuell, sondern nach prädispositiven Mustern.¹³ Das bedeutet zugleich, dass Menschen in ähnlichen Situation ähnlich fühlen und handeln – eine wichtige Voraussetzung, damit die Zuschauer die Gefühlslage der Protagonisten lesen können. Ausserdem weisen neuere neuropsychologische Forschungen auf den engen Zusammenhang zwischen Emotion und Vernunft hin.¹⁴ Danach sind Emotionen sowohl an der Einschätzung einer Situation als auch an der daraus resultierenden Reaktion beteiligt (vgl. Scherer 2001). Auf die daraus entwickelte *Appraisaltheorie* werde ich weiter unten eingehen. Fest steht, dass für den Rezeptionsprozess *Figuren-* und *Fiktionsemotionen* relevant sind.

Um das Publikum affektiv zu beeinflussen, müssen erstens die Protagonisten ihre innere Befindlichkeit nach aussen tragen und zweitens die Rezipienten an deren Gefühlslage herangeführt werden. Im Laufe der Evolution haben die Menschen nicht nur die Lautsprachen entwickelt, um sich gegenseitig zu verständigen. Weit älter als die Sprache ist die Verständigung via Mimik und Gestik. Wir haben gelernt, aus Gesichtern, Körperhaltungen, Tonfall usw. zu lesen und die Befindlichkeit des Gegenübers aufgrund äusserer Zeichen zu eruieren.¹⁵ Obwohl Gefühle mit dem ganzen Körper ausgedrückt werden, bildet das Gesicht im Film den prominentesten Schauplatz, um innere Regungen zu zeigen. Bereits der frühe deutsche Filmtheoretiker Béla Balázs verweist auf die Nuanciertheit und Vielfältigkeit des Mienenspiels, das vor allem in der Grossaufnahme zum Tragen kommt (vgl. Balázs 2001: 43-49). Für Carl Plantinga ist die Informationsvermittlung der Emotionen nur ein Teil, „darüber hinaus nämlich vermag der Anblick des menschlichen Gesichts eine *emotionale*

13 Der amerikanische Psychologe Paul Ekman erklärt dies mit den Aufgaben, die Emotionen für den Organismus übernehmen. Oberstes Ziel ist immer die Selbsterhaltung. Es gibt bestimmte Situationen, in denen alle Menschen gleich reagieren, bei Angst beispielsweise. In Momenten akuter Gefahr äussert sie sich sowohl in der Mimik (aufgerissene Augen), in körperlichen Veränderungen (Herz schlägt schneller, Puls steigt, weil mehr Blut transportiert wird), einer blitzschnellen Aktion (z.B. wegrennen), ohne dass den Personen der Reaktionsablauf bewusst geworden wäre. Dies, obwohl der ganze Körper involviert ist. Daraus schliesst Ekman, dass Emotionen funktional sind, d.h. sie sind immer auf ein bestimmtes Objekt gerichtet, laufen automatisch und unbewusst ab, zugleich werden sie nach aussen kommuniziert (Gestik, Mimik, Körperhaltung). Ausserdem sind sie von kurzer Dauer (vgl. Ekman 2007: 27).

14 In diesem Zusammenhang sind die Studien, die Antonio Damasio mit hirngeschädigten Patienten durchgeführt hat, zu nennen. Seine wichtige Erkenntnis ist, dass der Mensch ohne Emotionen in seinem Sozialverhalten beeinträchtigt ist (vgl. Damasio 2006).

15 Ekman hat herausgefunden, dass es über die Kulturen hinweg emotionale Ausdrücke gibt, die universal sind und von allen Menschen verstanden werden (vgl. Ekman 2007: 1-22). Ihn interessierte, ob Menschen aufgrund des Gesichtsausdrucks das entsprechende Gefühl herauslesen konnten. Die Primäremotionen *Angst, Trauer, Zorn, Freude, Ekel* und *Überraschung* werden von allen Menschen verstanden, die meisten anderen Emotionen wie z.B. Neid oder Scham sind sekundär erworben, also kulturell abhängig, und die Intensität ist subjektiv verschieden (vgl. de Sousa 2003; bzgl. Film vgl. Tan 2005).

Reaktion im Betrachter auszulösen“ (Plantinga 2004: 11, Herv. i. O.). Um die inneren Beweggründe der Figuren zu verstehen, müssen die Zuschauer affektiv angesteckt werden. Sie müssen *sich* auf die Figuren *einlassen* (vgl. ebd.: 14). Voraussetzung für das Mitgehen ist natürlich, den Zuschauern die Emotionen klar zu übermitteln. Dafür verfügt der Film neben der Grossaufnahme über weitere Mittel wie Point of View oder Kamerabewegung.¹⁶

Sich Figurenemotionen vergegenwärtigen zu können, basiert auf Empathie, der Fähigkeit, sich „simulativ und analogisierend in eine andere Person einzufühlen und ihre Befindlichkeit nachzuvollziehen“ (Brinckmann 2005: 335). Beim Anblick eines lachenden oder weinenden Menschen reagieren wir unweigerlich, indem wir ähnliche Gesichtszüge annehmen, den Gemütszustand des Anderen also muskulär imitieren und ihn dadurch reflexartig vergegenwärtigen. Laut Murray Smith bezeichnete der Psychologe Theodor Lipps (1905) diesen Vorgang als *motor mimicry*. Er erklärt Lipps Konzept folgendermassen:

In *motor mimicry*, we mimic the muscular actions of the subject we are observing. Watching a basketball player set and then throw, our bodies may – especially if we are watching closely and have a keen interest in the outcome – tense up, in imitation of the muscular control being exercised by the player (Smith 1994: 99).

Brinckmann ihrerseits differenziert den rein „körperlichen Mitvollzug“ als „somatische“ Empathie im Gegensatz zum „Mitempfinden von Basisgefühlen“ (Brinckmann 1999: 111). Dabei geht es nicht darum, dass wir den identischen affektiven Zustand wie unser Gegenüber erleben. Es reicht, wenn wir ihn annähernd gleich empfinden, so dass wir ihn zumindest nachvollziehen können. Dies ist das Grundprinzip der Empathie. Empathisch sein heisst, sich einfühlen können, die Gefühle anderer verstehen, ohne sie zwingend zu teilen. Hans J. Wulff unterscheidet denn auch zwischen „Gefühlsverständnis“, von dem hier die Rede sein wird, und „Gefühlsübernahme“ oder Identifikation (Wulff 2003: 137, Herv. i. O.).¹⁷ Dagegen genüge es, um die Gefühlslage der Figuren zu verstehen, wenn der Zuschauer die beobachtete Regung diagnostizieren könne.

Aber besteht für das pädagogische Anliegen des Aufklärungsfilms nicht sofort die Gefahr, dass die Zuschauer zu individuell empfinden, zu subjektiv auf die Figuren reagieren? Denn die Fähigkeit zur Empathie und die Intensität der nachempfundenen Gefühlszustände variiert von Mensch zu Mensch (vgl. Wulff 2005: 140). Die Vorgabe des Belehrungsmediums ist jedoch, wie Suleiman feststellt, die Interpretationsbreite zu minimieren und auf wenige

16 Christine N. Brinckmann bekräftigt, dass „filmische Mittel eine Parallelisierung oder analoge Spiegelung des Publikums in der gezeigten Figur [begünstigen] und ein Sich-Einlassen auf den Vorgang [fördern]“ (Brinckmann 1999: 114).

17 Bei Letzterer „versetzt sich der Zuschauer aus der Innenperspektive ‚an den Ort‘ des Empathisierten, wiederholt dessen Gefühle in der Tat mehr oder weniger analog – wenn auch mit einer gewissen Distanz –, lacht mit der Figur, empört sich mit ihr“ (Wulff 2003: 137).

wesentliche Botschaften zu fokussieren. Typisierung, stereotypes Verhalten, schematisches Vorgehen, schablonenhaftes Auftreten schränken die Ausdrucksvielfalt ein und begünstigen eine konfektionierte Rezeption. Stereotypen, hierbei bezieht sich Schweinitz auf den Psychologen Walter Lippmann, seien „kognitive Muster“, die mit „Denk- und Verhaltenserwartungen koordiniert“ sind, die als „intersubjektive Integrationssysteme“ funktionieren (Schweinitz 2006a: 7). Menschliches Handeln basiert auf sozialpsychologischen Verhaltensweisen, die sich auf unser „Bild von den Anderen“ stützen, geformt zu „Sets von Merkmalen, die mit definierten Basiskategorien assoziiert werden“ (ebd.: 11). Diese knappe Definition klärt den Vorteil von stereotyper Figurenzeichnung und ebensolchen Handlungsabläufen für die Aufklärungsfilme. Mit Stereotypen sind „normierte Vorstellungen, Einstellungen und Erwartungen, die *Menschen betreffen*“ verbunden, die „zur Beurteilung herangezogen werden“ (ebd.: 4, Herv. i. O.). Dass sich in den teilfiktionalen Aufklärungsfilmen stets dieselben Geschichten wiederholen und folglich zu (textimmanenten) Stereotypen der Erzählung geronnen sind, ist oben klar geworden. Dass dabei auch die Figuren und ihr Handeln formelhaft und schablonenartig gezeichnet sind, liegt auf der Hand. Dadurch rekurren sie auf präexistente kognitive Vorstellungen, emotional gefärbte Einstellungen und vorgefasste Meinungen, die aufgerufen werden. Gleichzeitig haben Stereotype, und darin korrespondieren sie mit dem Kriterium der Redundanz, den Vorteil, dass die auf wenige Merkmale reduzierten Figuren die Lesbarkeit und das Verstehen erhöhen.

Eine weitere, in Bezug auf die Figurenanbindung interessante Eigenschaft ist, dass Stereotype auch stereotype Erwartungen evozieren. Die in der Sphäre des Films geronnenen, durch Wiederholung gefestigten schablonenartigen Formen der Charakterisierung, der narrativen Struktur und der Handlung bilden „Wirkungskonserven“ (vgl. ebd.: 43). Formelhafte Handlungsmuster und stereotype Figuren rekurren auf Konventionen, welche die gemeinsame Basis von Filmemachern und Rezipienten bilden. Indem in den Filmen auf sie zurückgegriffen wird, werden bei den Zuschauern vorbestimmte Erwartungen geweckt. Gemeint sind aus der Rezeptionserfahrung gewonnene Kenntnisse, wonach bestimmte filmische Hinweise zu entsprechenden Interpretationen führen. So kann schon allein die Inszenierung einer kurzen Szene klarmachen, ob es sich bei einer Frau um die ‚böse‘ Verführerin oder die ‚gute‘ Seele handelt. Die Lesbarkeit setzt Wissen voraus, das entweder intertextuell oder intersubjektiv erworben wurde und auf das im Lektüreprozess zurückgegriffen wird. Zwar sei dieses Lesen verzerrend und gehe mit informativen Verlusten einher, räumt Schweinitz ein, doch im Sinne der Aufklärung ist eine solche Lektüre zielgerichtet und daher bestätigend. Konsequenterweise wecken Stereotype spezifische Erwartungen, die auch mit besonderen emotionalen Komponenten bestückt sein können. Wie die Differenz zwischen *good girl* und *bad girl* meist (im rhetorischen Sinn) auf den ersten Blick erkennbar ist, so entscheidet sich das empathische Engagement der Zuschauer ebenso auf Antrieb – die

eine mag man, die andere nicht.¹⁸ Stereotype Figurenzeichnung und ebensolches -handeln machen auch die *perzeptuellen* Emotionen kalkulierbar.¹⁹ Ob der ideologische Hintergrund, der sich mit der einen oder anderen Figur verbindet, akzeptiert wird, hängt somit nicht selten vom ‚Botschafter‘ als Sympathieträger ab.²⁰

Mit dem Fokus auf die Figuren und ihr mimisches Spiel beziehungsweise die von ihnen portierten Sachverhalte und Botschaften stehen die sozialpsychologischen Aspekte des Stereotyps im Vordergrund; wobei natürlich narrative und figurenbezogene Komponenten stets interagieren. Wenn die Protagonisten als Stellvertreter eingesetzt sind, um den Belehrungs- und Erkenntnisprozess zu begleiten, muss gefragt werden: Welche Stereotypen bilden sich aus? Welche Lehren lassen sich aus dem vorgeführten sozialen Verhalten ableiten? Im Folgenden werde ich also die Protagonisten und ihr Handeln einschliesslich der Angebote zur empathischen Anteilnahme untersuchen.

4.2.2 Die Kranken

Dass sich Figuren und Zuschauer ähneln, gründet nicht auf individuell, subjektiv erlebten Situationen, sondern auf paradigmatischen, in denen sich die Helden exemplarisch benehmen. Die Welt der Protagonisten ist den Zuschauern aus eigener Erfahrung vertraut. Zudem agieren die Figuren in einer festgelegten Art und Weise, wie es für bestimmte Rollen oder Situationen angemessen ist. Das Verhalten der Amme in *FALSCHES SCHAM* etwa ist bis zu einem gewissen Grad gegeben durch ihre Aufgabe und ihre soziale Stellung. Das heisst, sie handelt im Rahmen sozialer Konventionen. Darüber hinaus durchleben die Figuren emotionale Zustände wie Angst, Ungewissheit und Schuldgefühle. Ihre Geschichten liefern somit *Secondhand*-Erfahrungen, die beim Publikum Betroffenheit auslösen sollten, als ob sie selbst erlebt worden wären (vgl. Suleiman 1993: 53).²¹ Erleichtert wird das empathische Mitgehen, wenn sich Werthaltung, sozialer Hintergrund und Motive der fiktionalen Charaktere und Zuschauer gleichen.

Ob korrekt oder nicht, die Verhaltensweisen orientieren sich an schematischen, typischen und regelhaften Handlungsmustern. Die Reduzierung auf wenige Wesensmerkmale lässt

¹⁸ Plantinga spricht von *affektiver Kongruenz*, wenn die Zuschauer „gemeinschaftlich oder solidarisch“ mit einer Person empfinden (vgl. 2004: 15).

¹⁹ Vgl. Fussnote 11 in diesem Kapitel beziehungsweise J. Eder 2007: 266.

²⁰ Ob eine Figur sympathisch ist oder nicht, hängt von dem moralischen Wertsystem ab, das ihrem Handeln zugrunde liegen. So kann eine Figur zwar stehlen oder andere schlagen, in ihren Beweggründen jedoch handelt sie nach moralisch-ethischen Wertmassstäben, wie sie für die Zuschauer ebenso gelten. Die Figur wirkt trotz des Delikts sympathisch (vgl. M. Smith 1995: 59-65, hier 62).

²¹ In der Beschreibung werde ich die gefühlsbetonten Reaktionen und Regungen kursiv setzen, um die Lenkung mittels Emotionen hervorzuheben.

diese umso deutlicher hervortreten. *Skeptisch* hört der Medizinstudent den Ausführungen des Sanitätsrats über die Folgen des Trippers zu, *ungläubig* folgt er ihm durch die Reihen der Kranken, *überheblich* weist er den Vergleich mit dem Herzkranken von sich und *ablehnend* oder vielmehr *leichtsinnig* reagiert er auf die vorgeschlagene Behandlung, bis er eines Besseren belehrt wird. Sein Verhalten ist von Eigenschaften, Emotionen und Einstellungen geprägt, wie sie Anlass für die Abiturientenvorträge waren (siehe Kapitel 2, S. 40). Entsprechend stammt die Figur aus der gutbürgerlichen Schicht der Akademiker, die über genügend Geld verfügten, um sich Liebesdienste zu leisten, und sich daher vornehmlich in jungen Jahren ansteckten.²²

Ganz anders verhält sich die Amme im selben Film. Sie ist *leichtgläubig*, indem sie auf die Nachbarin hört und sich statt einem approbierten einem selbst-ernannten Arzt anvertraut. Naivität und Unwissenheit bestimmen ihr Tun. Ausserdem ist sie unsäglich *ängstlich*. So wehrt sie sich anfänglich heftig, als ihr der Sanitätsrat Blut entnehmen möchte, um eine serologische Diagnose zu erstellen. Als er sich mit der Spritze und der dicken Nadel ihrem Arm nähert, versucht sie zu fliehen. Doch Arzt und Arbeitgeber halten sie fest. Mit *zusammengekniffenen Augen* lässt sie schliesslich die Tortur über sich ergehen. Kurz darauf ist ihr die Erleichterung auf dem Gesicht abzulesen. Es hat überhaupt nicht weh getan. Auf die Frage muss sie dies zugeben und *lächelt verlegen*, worauf sie der Sanitätsrat einmal mehr für ihr naives Verhalten tadelt. Dass sowohl sie als auch der Student nur mit ihrer Berufsbezeichnung genannt werden, also ohne individuelle Namen, unterstreicht die Typisierung und Schematisierung ihrer Figurenkonzeption.

Somit reagieren beide Protagonisten in einer Weise, die nach Willy Schnyder zu „falscher Scham“ führt. Solch emotional bedingtes Verhalten hält die Geschlechtskranken ab, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, kritisiert er in seiner Auswertung der medizinischen Daten, erhoben in der Etappensanitätsanstalt (ESA) in Solothurn während des Ersten Weltkriegs (vgl. 1920: 25). Auch Bloch wettert über Vorurteile und verzerrte Vorstellungen. Aufgrund solcher Kritik am Verhalten der Geschlechtskranken wird deutlich, warum Biebrachs Film diesen Titel trägt: Seine Aufgabe bestand darin, mit den Vorurteilen und ‚falschen‘ Haltungen – *falscher Scham* eben – aufzuräumen. Die Filmfiguren durchleben also nicht nur „realistische“ Krankheitsfälle, sondern sind von Ängsten, Trieben, von Wünschen und Einstellungen gelenkt, wie sie dem Publikum zugeschrieben werden. Daher wird an

22 Vgl. hierzu Meirowsky's Erhebung in Kapitel 2, S. 41. Aber auch Bruno Bloch klagte, „dass die Studenten, die Elite unserer Gesellschaft und die künftigen Erzieher und Führer des Volkes, in einem ganz ausserordentlichen starken Prozentsatz erkranken“ (B. Bloch 1919: 18). Erklärt wurde dieses Verhalten damit, dass die Ausbildung zu lange dauere, bis die jungen Männer heiraten könnten. Dies in einer Zeit, da die männliche Libido sehr aktiv sei, weshalb sie bei Prostituierten Erleichterung suchten. Der Triebeaufschub infolge später Ehe wurde daher als ein wichtiger Faktor der Ansteckung angesehen. Verständlich wird vor diesem Hintergrund der Aufruf in den französischen Titeln, man solle sich jung verheiraten.

ihren Beispielen durchexerziert, wie es besser gemacht werden sollte. Diese Methode wurde ja bereits in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* mit dem Händewaschen vorgeführt.

Anna aus *FALSCHER SCHAM*, die als Einzige einen Namen trägt, ist die Figur, an der das *korrekte* Verhalten exemplifiziert ist. Sie infiziert sich zwar auch mit Syphilis, begibt sich aber unverzüglich in die Hände des Fachmanns. Dessen eigentliche Arbeit besteht nun nicht darin, die Frau von einer Behandlung zu überzeugen, als vielmehr sie bei der Einwirkung auf ihren Freund anzuleiten und zu unterstützen. Auf ärztliche Anweisung hin überredet sie Mertens zur Therapie, begleitet ihn gar zum Sanitätsrat. Schliesslich holt sie ihren Liebsten aus der Bar, als er sich aus der Behandlung fortstehlen will, und bestraft ihn mit Liebesentzug, bis er zur Vernunft kommt. Ihre Mittel sind rein erzieherischer Natur, wie sie Eltern auf ihre Kinder anwenden, und entsprechen kaum den Strategien der Mediziner. Dennoch handelt auch sie nach klaren, konventionalisierten Mustern, wie sie aus der Familienarbeit bekannt sein mussten – und zwar allen Rezipienten.²³ Infolgedessen wird an ihrem Beispiel ein Überzeugungsmodell eingeführt, das mit Methoden der Kindererziehung operiert.

In ähnlich vorbildlicher Weise wie Anna verhält sich der Medizinstudent in *FEIND IM BLUT* – ganz im Gegensatz zum Kollegen aus *FALSCHER SCHAM*. Sein Fall sieht im ersten Augenblick sehr klischiert nach jungem Akademikerschicksal aus. Doch die Vorlesung über die Geschlechtskrankheiten, der er beiwohnt, hat den richtigen Effekt. Aufgrund des neu erworbenen Wissens lässt er sich von einem Arzt untersuchen, nachdem ihn die Geliebte zurückgestossen hat, die im Verdacht steht, ein ‚leichtes Mädchen‘ zu sein. Der Liebesbruch durchbohrt sein Herz, wie das assoziative Bild der Strassenarbeiten unterschiebt: Bauarbeiter durchstossen mit einem Pressluftbohrer den Asphalt. Daraufhin begibt er sich *traurig* und *enttäuscht* auf eine Wirtshaustour mit seinem Freund. Wohl sucht er seinen Kummer im Alkohol zu ertränken, lernt jedoch bereits die junge Sekretärin kennen, lässt sich aber nicht hinreissen. In seiner Charakterzeichnung ist der *aufrichtige, verantwortungsvolle* und *selbstdisziplinierte* Mensch angelegt, der als Vorbild gelten soll. Allein seine Enttäuschung und das gebrochene Herz offenbaren, dass er weder Liebelei noch käufliche Liebe begehrt wie sein Freund, sondern eine tiefe Bindung. Seine Aufrichtigkeit wie sein Verantwortungsgefühl stellt er sogleich unter Beweis, indem er einerseits einen Arzt konsultiert. Andererseits hält er sich zurück und wartet, die neue Bekanntschaft wiederzusehen, bis er Klarheit über seinen Gesundheitszustand hat und weiss, dass einer künftigen Beziehung nichts im Weg steht. Als Patient verhält er sich so, wie es die Mediziner wünschen, und als künftiger

23 Diese im Film vorgeführte Vorgehensweise bestätigen Puenzieux und Ruckstuhl. Die Autorinnen stellen fest, dass nicht der Mann die zukünftige Frau über eine mögliche Syphilis aufzuklären hatte, sondern die Frau musste den Mann „zu einem verantwortungsvollen Handeln [zwingen]“ (1994: 147).

Arzt so, wie es die Gesellschaft von ihm erwartet. In seiner Figur vereinigen sich folglich mustergültiges Patientenverhalten und gutbürgerliche Wertmassstäbe.

Wie beeinflussen nun die Figurenemotionen den Apperzeptionsprozess? Dies lässt sich an Charles zeigen, dessen Entscheidungsfindung nicht ganz so linear verläuft. In *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* ist der innere Erkenntnisprozess vielmehr spektral aufgefächert, nach aussen gekehrt und auf die Gesichter der Figuren projiziert. Eindrücklich ist, wie Benoît-Lévy die Zuschauer an die Erlebniswelt der Protagonisten heranzuführt, um zugleich eine Übertragung zu initiieren. Im Gegensatz zu *FALSCHER SCHAM* steht im französischen Titel weniger die vermittelnde Funktion der Helden im Wissenstransfer im Zentrum als vielmehr ihre wechselnden Gefühle im Prozess des Erkennens. Charles' Gang durch die Prophylaxe-Station ist als Erkenntnisweg angelegt – abzulesen an seiner Mimik und Gestik, in seinem ängstlichen Blick oder dem strahlenden Lachen am Ende. Die inneren psychosomatischen Reaktionen sind an die Oberfläche transportiert. Seine körperliche Präsenz ist der Schlüssel zum Verstehen. Auf ihm und durch ihn bildet sich der Erkenntnisprozess. Wenn das Vorführen der Patienten mit den Krankheitssymptomen der „äusseren Anschauung“ im Sinne Pestalozzis dient (siehe 113), so macht Charles' Wandel die mentale Verarbeitung, die „innere Anschauung“ explizit. Er wird vom ängstlichen Haderer zum überzeugten Befürworter. Anhand seiner Physiognomie werden die mentalen, emotionalen und psychischen Transformationen transparent, so dass sie die Rezipienten vergegenwärtigen können.

Zur Erinnerung: *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* erzählt die Geschichte der drei Freunde, die sich im Militärdienst kennen gelernt haben, zwei von ihnen lassen sich nach einem Tanzvergnügen mit Mädchen ein, während der dritte, Charles, keusch bleibt. Gross ist daher der *Schock*, als er erfährt, dass Syphilis die Missgestaltung seiner Tochter verursacht hat. Noch völlig *aufgewühlt* von der Nachricht unterbreitet ihm der Arzt, dass er die Krankheit wahrscheinlich von seinem Vater geerbt habe und sich daher schleunigst behandeln lassen müsse, wolle er künftig gesunde Nachkommen zeugen. Daraufhin absolviert Charles seinen Gang durch die Station, auf dem neben einigen Patientinnen vor allem sein emotionales Wechselbad vorgeführt wird.

Seine Gefühlslage ändert von Raum zu Raum, er wird vom Verzweifelten zum Entschlossenen. Anfänglich benimmt er sich übertrieben *unsicher* und *unterwürfig* (Abb. 15a). Während der Chefarzt mit dem Kollegen spricht, schaut er *neugierig* und zugleich *ängstlich* (Abb. 15b), ganz im Gegensatz zur ersten Mutter, die zur Konsultation gekommen ist. Sie steht stramm auf, hält ihr Kind zur Behandlung hoch und rapportiert dessen Krankenbericht. Beim Anblick des zappelnden und pausbackigen Kindes schaut Charles *ungläubig*: Das soll ein Kind mit Hérédo-Syphilis sein?²⁴ Im nächsten Zimmer wird einer Patientin eine

24 Gemeint ist, dass das Kleinkind die Syphilis seines Vaters geerbt hat, es sich also um Erbsyphilis handelt.

Spritze verabreicht. Als sei es die selbstverständlichste Sache der Welt, legt sie ihren Arm auf den Tisch. Sie bleibt unbewegt, während sich Charles' Gesicht vor *Schmerz verzerrt*. Sie lächelt ihn gelassen an, bis sich auch seine Züge zum Lächeln *entspannen* (Abb. 15c). Die Interpretation ist eindeutig: Es tut überhaupt nicht weh. Man(n) braucht keine Angst zu haben, wenn es selbst eine zarte Frau leicht hinnimmt. Charles schaut sehr genau hin, betrachtet eingehend Ärzte und Patientinnen (Abb. 15d). Immer *mutiger* fragt er die Mütter gleich selbst aus (Abb. 15e). Schliesslich begegnet er am Ende des Lehrgangs einem anderen Ehemann. Beide gehören zur Patientengruppe, die am schwierigsten zu überzeugen galt. Dieser Mann berichtet nun voller Stolz, dass er, Frau und Kind geheilt seien, weil sie auf den Arzt gehört hätten. Zu guter Letzt erklärt der Chefarzt noch die Tafel mit der abnehmenden Mortalität von Syphilis, die zwischengeschnitten ist mit den animierten Grafiken aus LES MALADIES VÉNÉRIENNES. *Schüchtern* noch, doch bereits voller Dankbarkeit drückt der angehende Patient Charles zuerst einer Schwester (Abb. 15f), dann dem Mediziner die Hand. Er ist überzeugt und *strahlt*.



Abbildung 15: Auf seinem Weg durch die Prophylaxestation durchlebt Charles ein Wechselbad der Gefühle in IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS.

Wie Charles lässt sich Jacques erst durch den Tod seines Erstgeborenen bekehren. Jacques ist aber nicht Opfer der väterlichen Unzucht, sondern selber schuld an seiner Erkrankung. Obwohl ihn Georges, der dritte Freund, seit Langem gewarnt hat, hat er eine mögliche Infektion stets bestritten. Sein Körper, so kraftvoll, so gesund, könne gar nicht angesteckt sein, behauptete er *stolz*. Doch dann, nur wenige Augenblicke nachdem er voller *Freude* die Geburt des Sohnes verkündet hat, steht er *geknickt* neben dem behandelnden Arzt. Durch

das frühzeitige Sterben des Säuglings entdeckt der Mediziner die Syphilis. Charles, dem der Hauptteil des Films gewidmet ist, hat auch in dieser Episode eine vermittelnde Funktion. Er unterstützt seinen Freund in der schweren Stunde, er bestärkt ihn, sich endlich behandeln zu lassen. Und er und sein Sohn (seine Frau gebar nach der Therapie einen Sohn), stehen dem geprüften Bauer als Modell einer gesunden Familie gegenüber.

Bei dieser Breite divergenter Emotionen fragt sich, was nun genau die Rolle der Figuren im Vermittlungsprozess ist. Ist es nicht eher kontraproduktiv, den Zuschauern die ‚eigenen‘ Ängste und Befürchtungen, die Unkenntnis und den Aberglauben vorzuführen? Im Gegenteil, lässt sich mithilfe der Emotionstheorie argumentieren. Danach dienen die Emotionen der Protagonisten vielmehr als Folie, auf der der Überzeugungsprozess der Zuschauer angeleitet wird. Zum einen führen die dargestellten Gemütszustände viel näher an die Figuren und ihre Beweggründe heran. Dank ihnen hat das Publikum Anteil an der Erlebniswelt und ‚macht‘ auf der Basis empathischer Teilnahme ähnliche Erfahrungen. Zum anderen ist der Erkenntnisprozess durch ihre Gemütsverfassungen nach aussen gekehrt und kenntlich gemacht. Die neuere psychologische Emotionstheorie nennt dieses Verfahren *appraisal process*, Beurteilung auf der Basis emotionaler Sequenzen. Klaus R. Scherer und Kollegen haben gezeigt, dass mentale Entscheidungsprozesse emotional geführt sind. Die physiognomischen Veränderungen sind das Resultat spezifischer Stimuli, die das Beurteilungsverfahren begleiten. Dabei unterscheiden die Psychologen fünf verschiedene Funktionen emotionaler Sequenzen: Evaluation von Dingen und Ereignissen; Systemregulation, Vorbereitung und Zielrichtung künftiger Handlungen; Kommunikation von Reaktion und Verhaltensintention; Monitoring innerer Befindlichkeit sowie Interaktionen mit der äusseren Umgebung (Scherer 2001: 93).

In analoger Weise manifestieren sich die verschiedenen Phasen der Beurteilung auf Charles' Gesicht und in seiner Körperhaltung. Die Skepsis ist an den Runzeln auf der Stirn und den hochgezogenen Augenbrauen abzulesen (Abb. 15b). Sein Blick ist ängstlich, er folgt seinem Mentor nur zögernd und verhalten. Die Überwindung der Angst und die aufsteigende Zustimmung sind durch das allmähliche Nachlassen der verkrampften Muskeln hin zum erlösenden Lächeln gekennzeichnet (Abb. 15c). Am Ende bestätigen das herzhaftes Strahlen und Händedrücken (Abb. 15f) die Entscheidungsfindung. Die Aussicht auf die Therapie und damit Lösung des medizinischen Problems hat seinen Körper wieder aufgerichtet. Sein Händedruck ist kräftig und bestimmt, seine Augen leuchten vor Entschlossenheit.

Gleichzeitig lösen seine Mimik und Gestik, die nach aussen kommunizierte innere Befindlichkeit, bei den anderen Figuren Reaktionen aus. Einmal legt der Chefarzt tröstend den Arm um Charles Schulter. Die Frauen demonstrieren pathetisch die Erfolge der Behandlung, um so seine Zweifel wegzuwischen, wirken dadurch aufmunternd und bestärkend. Die

Reaktionen lösen wiederum bei Charles ein Umdenken aus.²⁵ In ähnlicher Weise sollen die Zuschauer interagieren, sich die Figurenemotionen vergegenwärtigen und sich zugleich durch sie stimulieren lassen. Das mimetische Spiel dient nicht allein zur Offenlegung und Nachvollziehbarkeit der inneren Befindlichkeit der Figur. Vielmehr soll sich das Beurteilungsverfahren auf die Rezipienten übertragen. Der Analogielogik folgend durchlaufen die Rezipienten dank *motor mimicry* und Empathie ähnliche affektive Stadien, die ihrerseits emotional initiierte Reaktionen evozieren, die allesamt zu vergleichbaren Erkenntnissen führen, aus denen dann dieselben Lehren gezogen werden sollten wie im Fall von Charles.

Interessant ist hierbei, inwiefern das psycho-emotional gelenkte Appraisalverfahren dem Konzept der *Psychagogie* gleicht. *Psychagogie*, wie Asmis den Begriff weiter ausführt, bedeutet die genuin rhetorische Kunst, „by which a speaker guides another to the truth by adjusting his words to the others' soul“ (Asmis 1986: 156). Der Arzt fungiert als Redner, der Charles zur Wahrheit führt, doch nicht indem er ihm mit Reden überzeugt, sondern mithilfe der Patientinnen. Sie vermögen ihn innerlich derart zu berühren, dass ein Gesinnungswandel stattfindet. *Psychagogie* bedeutet somit, dass der mentale Prozess, der zur Überzeugung und schliesslich zum Handeln führt, durch Emotionen *initiiert* werden kann. Weil die inneren emotionalen Zustände ihren physischen Ausdruck haben, kann überhaupt auf den psychischen Prozess geschlossen werden. Somit bestätigen die während der Beurteilungsphase in Mimik und Gestik manifestierten Figurenemotionen den Erkenntnisprozess der Figuren.

Genau betrachtet, durchlebt Charles aber nur Secondhand-Emotionen. Allein seine Reaktion, wenn der Arzt ihm eröffnet, dass es besser wäre, wenn seine Tochter nicht lebte, und er schockiert ist und weinend zusammenbricht, ist eine Firsthand-Erfahrung. Die weiteren Gemütszustände aber, die er durch die verschiedenen Behandlungszimmer erfährt, sind emotionale *Reaktionen* auf die Patientinnen mit ihren Babies. Er reagiert darauf, was er beobachtet. Die Gruppe wartender Mütter mit ihren Kindern sieht er mit *Skepsis* an, während der Injektion *leidet* er, die Frau aber nicht. Erst als die Frau ihn dann anlächelt (in einem Point-of-View-Shot realisiert), zeigt er *Erleichterung* auf dem Gesicht. Den weiteren Patientinnen begegnet er mit *Sympathie*. Charles benimmt sich wie ein Zuschauer, der nicht direkt in das Geschehen involviert ist. Somit besetzt er dieselbe Position innerhalb des Films wie die Rezipienten gegenüber den filmischen Ereignissen. So wie Charles den Zuschauern dienen die Patientinnen ihm als Beispiele (im Sinne Suleimans), und analog, wenn ihre Fälle verhandelt werden, ist er stets indirekt mitgemeint. Die Rezeptions- bzw. Belehrungssituation, die in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* präsentiert ist, entspricht der Sender-Empfänger-Situation beim *exemplum* oder der Parabel, wie sie Suleiman beschreibt.

25 Diese Kommunikationsweise beschreiben Paul Watzlawick et al. als „Rückkoppelungsprozess“. Menschliche Kommunikation funktioniert nicht linear, sondern die Äusserungen und Re-Aktionen bedingen sich wechselseitig (Watzlawick/Beavin/Jackson 2007: 3 ff.).

Die Parabel, als parabolischer Text, impliziert „the presence of a sender and a receiver – the former being the agent responsible for the story, its interpretation, and the injunction that results from it, while the [receiver] occupies the position of a patient: the one who receives the text, on whom the text ‚operates‘“ (Suleiman 1993: 35) Dass der Arzt als Sender agiert, habe ich oben dargelegt. Neu ist, dass auch Charles – wie die Zuschauer – ein Empfänger ist, einer, „on whom the text ‚operates‘“.

Noch ein weiterer Aspekt wird aus dieser Situation deutlich, nämlich, dass sich im Perzeptionsprozess zwei emotionale Gefühlslagen überlagern bzw. parallel ablaufen. Zum einen vergegenwärtigt Charles im Akt des Zuschauens auf der Basis von Empathie und *motor mimicry* die möglichen Gefühlslagen der Patientinnen. Unmittelbar werden durch dieses Vergegenwärtigen die emotionalen Zustände – die nicht identisch mit denjenigen der beobachteten Personen sein müssen – auf die eigene Person zurückgeführt. Dies wiederum löst eine innerphysische und -psychische Reaktion bei ihm aus. Darum geht es bei der *Psychagogie*. Es ist die Kunst „of teaching individuals to discover the truth about themselves“ (Asmis 1986: 157) Der Weg durch die Klinik führt Charles zur Überzeugung, sich und seine Frau behandeln zu lassen. Das führt der Ausschnitt eindrücklich vor. Der Appraisalprozess ist die Bestätigung für den Erkenntnisprozess.

Charles ist somit Zuhörer und Adressat zugleich. Das prädestiniert ihn zum Modell-Rezipienten. Er führt vor, was sich im Publikum wiederholen soll. Er wird zum Agent und reicht die Botschaft weiter. Damit verkörpert er, was Plato laut Asmis mit der genuinen Rhetorik habe zeigen wollen. Sie schreibt dazu: „He [Socrates] argues that the real value of writing lies in words ‚written‘ in the soul for the sake of instruction. These are words of truth planted in the soul like seeds, which are to bear fruit and sow seeds in turn on other souls“ (Asmis 1986: 170). Charles verkörpert somit die inszenierte Nachahmung und führt das Prinzip der Übertragung von Figurenverhalten auf die Zuschauer vor, die im negativen Fall Schaden, im positiven aber erst die Erziehung breiter Bevölkerungskreise ermöglicht, wie die Kinoreformer überzeugt waren.

Im Gegensatz zu den „kranken“ Figuren hängt das empathische Mitgehen der Filmzuschauer kaum vom Mienenspiel der Ärzte ab. Dieses beschränkt sich vielmehr auf wenige emotive Expressionen wie den strengen Blick, wenn sich die kranken Figuren weigern, oder das zustimmende Lächeln, wenn sie in die Behandlung einwilligen. Ansonsten wirken sie ernst, was ihre Autorität unterstreicht und ihrer Führungsrolle im Vermittlungsprozess Nachdruck verleiht. Nachfolgend steht deshalb weniger die mimetische Ausdrucksweise im Vordergrund als vielmehr das Figurenverhalten der medizinischen Wissensvertreter – in Abgrenzung zu den anderen Protagonisten.

4.2.3 Die Ärzte

Aufklärungsfilme ohne Arztfiguren sind kaum denkbar. Dies nicht nur, weil sie eine besondere Rolle in der Vermittlung des medizinischen Wissens spielen, sondern weil sie oftmals an der Entstehung der Filme massgebend beteiligt waren. Überhaupt basierte die neu ausgerichtete Prävention im Anschluss an die Brüsseler Konferenz von 1902, wie im Kapitel Kontextualität ausführlich dargelegt, auf ihrer Initiative. Sie setzten den Fokus neu und stützten die Aufklärung auf das klinische und medizinische Wissen der damaligen aktuellen Forschung. Sie waren um die Verbreitung dieses Wissens besorgt. Zum einen waren sie als Fachleute verpflichtet, ihre Patienten aufzuklären. Zum anderen hielten sie Vorträge vor Abiturienten (vgl. Wyss 1901) oder vor Mitgliedern der Rot-Kreuz- und Samaritervereine sowie vor interessierten Laien, verfassten Broschüren, Ratgeber und Merkblätter, wodurch sie die medizinischen Kenntnisse nach aussen trugen. Dies führte, ganz im Sinne der Dermatologen, zu einer Medizinisierung der Prävention, die sich auf allen Ebenen zeigte – auch im Aufklärungsfilm. Es gibt kaum einen Film, der nicht auf Wunsch einzelner Standesverbände entstand oder an dem nicht zumindest ein Mediziner beratend mitgewirkt hatte. Besonders aktiv waren natürlich die nationalen Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ihre Mitglieder. So beriet Alfred Blaschko, der Mitbegründer der DGBG war, den Filmemacher Richard Oswald für *Es werde Licht!* und der Franzose Louis Devraigne, Chef der Maternité de Lariboisière, schrieb gar das Szenario zu *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*. Es ist anzunehmen, dass er zugleich Vorbild für den *médecin-chef*, die Arztfigur im Film (gespielt von Camille Bert), war. Am aktivsten war sicherlich der Leiter des medizinischen Archivs der deutschen Universum Filmgesellschaft, Curt Thomalla, der als Mediziner, Autor, Produzent oder Regisseur gleich mehrere Funktionen innehatte.

Im Film ist das Erscheinen des Mediziners beruflich motiviert. Anders gesagt, die Geschlechtskrankheiten machen ihn erforderlich. Kraft seines Amtes ist er innerfilmisch zuständig für die Behandlung, liefert das nötige medizinische Wissen und garantiert als Fachmann deren Richtigkeit. Entsprechend seiner vermittelnden Aufgabe tritt er oft als Vortragender und Dozierender im Film selbst auf, sei es als Hausarzt, den die Patienten aufsuchen, sei es als Lehrperson an der Universität.²⁶ Ebenso ist er väterlicher Freund und Ratgeber, der den Patienten die Angst vor der Spritze nimmt, dem sie sich anvertrauen. Amt und Wissen begründen seine Autorität, die reziprok seine Glaubwürdigkeit und sein

26 Etliche Aufklärungsfilme wurden durch einen Arztvortrag begleitet vorgeführt. Nicht selten wurde gar ein solcher von den Zensurbehörden verlangt, wie das Beispiel Böhnisch zeigt. Die Begründung ging dahin, dass erst die erläuternden Worte einer Fachperson die richtige Auslegung der Bilder garantierten. Vgl. die Kommentare der Film-Oberprüfstelle Berlin zu *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN* (Berliner Film-Oberprüfstelle 1925: 145-149) sowie der Berliner Bildstelle zu *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE MÄNNER* und *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE FRAUEN* (Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht 1924: 667-668), beide in *Der Bildwart* publiziert.

soziales Ansehen bekräftigt. Diesen Status zu untermauern und zu festigen, boten die Aufklärungsfilme eine hervorragende Gelegenheit. Aufgrund der eingehenden Analyse lässt sich gar behaupten, dass die Filme weniger der eigentlichen Krankheitsaufklärung dienten als vielmehr der Ärzteschaft eine Plattform boten, die es ihnen erlaubte, sich und ihren Berufsstand in Szene zu setzen und dadurch Ansehen und gesellschaftliche Macht zu mehren.

Charakterisierung

Die Arztfigur ist die facettenreichste Figur, dies aufgrund ihrer vielfältigen Rollen. Obwohl die Geschlechtskrankheiten im Zentrum stehen, die ganze Narration um sie kreist, und obwohl Mann und Frau – die Geschlechtskranken – die Handlungsträger sind, stellen im Grunde die Ärzte die eigentlichen Hauptfiguren der Aufklärungsfilme dar. Sie machen zwar keine Entwicklung durch wie die Patienten, die sie behandeln und überzeugen.²⁷ Dennoch bestimmen sie die Narration in doppelter Weise: In den teil- / fiktionalen Filmen sind sie die Erzählfiguren, daneben treten sie handlungsleitend auf. Kommen sie ins Spiel, haben die Protagonisten sich ihrem Diktat zu fügen. Ob in der Praxis, im Spital oder im Labor, sie sind die Gebieter und dominieren das Feld. Dagegen sind die Patienten, besonders in den Aufklärungs-Lehrfilmen, Statisten, ihre Körper lediglich Schauplätze der Symptome.

Im Gegensatz zu den anderen Figuren ist der Arzt stets über den Beruf determiniert. Dies zeigt sich schon in der äusseren Erscheinung. Allein optisch hebt er sich von den anderen ab, weil er meist einen weissen Kittel trägt. Sein Arbeitsfeld ist ausstaffiert mit zahlreichen Instrumenten, die wiederum dem Arztberuf zugeordnet sind. Ausstattung und Interieur sind nüchtern und funktional gehalten: Zum gängigen Inventar gehören Bücher, die den Arzt als Akademiker deklarieren, Mikroskop, Flaschen mit Lösungsmitteln sowie Reagenzstände mit Proben (Abb. 16), die auf den Wissenschaftler schliessen lassen, desweiteren gehören Medikamente und Spritzen dazu.

Erstens behandelt der Arzt als Spezialist und Sachkenner die Patienten. Hierzu gehört die verabreichte Injektion. Ob nun Blut für den serologischen Nachweis der *Spirochaeta pallida* abgezogen oder Salvarsan injiziert werden, die Spritze steht für die professionelle medizinische Behandlung schlechthin. Sie ist dem akademisch ausgebildeten Mediziner vorbehalten und unterscheidet ihn vom selbsternannten Heiler oder Empiriker. Entsprechend wird der Injektion breiter filmischer Raum gewährt und die Einzelschritte werden im Detail gezeigt. Zuerst bereitet der Arzt die Spritze vor, desinfiziert die Einstichstelle, danach drückt er die Nadel in die Haut, die weich nachgibt, bevor die Epidermis durchstochen wird und dunkles Blut in das darunter gehaltene Röhrchen rinnt. Das immer gleiche medizinische

27 Zu den Ausnahmen von dieser Regel vgl. Keitz 2005b.



Abbildung 16: Der Regisseur Rudolf Biebrach als Arzt in *FALSCHES SCHAM*; dieselben Einstellungen finden sich auch in *GEISSEL DER MENSCHHEIT* und *DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN*.

Handeln verfestigt sich zum Stereotyp, wobei die Injektion als *Pars pro toto* fungiert. Mit ihr ist die Vorstellung verbunden, dass die Spritze die Geschlechtskrankheiten schliesslich zum Verschwinden bringen wird. Sie ist die Waffe im metaphorischen ‚Kampf‘ gegen die Erreger, das verabreichte Salvarsan die ‚Munition‘ gegen die Syphilis, der Arzt der ‚Krieger‘, der sie bekämpft.

Zweitens präsentieren sich die Mediziner immer auch als Wissenschaftler. So führt der Sanitätsrat in *FALSCHES SCHAM* die Diagnose-Verfahren selber durch. Zuerst beträufelt er den Tripper-Abstrich auf dem Objektträger mit Tinktur, fächert dann das Glasplättchen über der kleinen Flamme, bevor er die Probe unter dem Mikroskop betrachtet. Drittens treten die Mediziner in Führungspositionen auf. Als Leiter einer Klinik wie der Sanitätsrat oder eines Dispensaires wie sein französischer Kollege in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* wirken sie zudem als Dozierende in der Medizinausbildung. Die Arztfigur setzt sich somit aus drei komplexen Tätigkeitsbereichen zusammen – dem klinischen, dem wissenschaftlichen und dem institutionellen –, die jeweils mit einem eigenen Bedeutungsfeld gekoppelt sind, was ihr besonderes Gewicht verleiht.

Jeder der beruflichen Bereiche geht mit einem Set an Merkmalen einher. Da ist einmal die Inszenierung als Wissenschaftler und Forscher. Sie generiert ein Selbstbild, das sich stark an den Vorbildern, den grossen Entdeckern in der Bakteriologie orientiert. Unermüdlich, nachdem die Patienten längst gegangen sind, arbeitet der Arzt bis tief in die Nacht. Antlitz und Arbeitsfeld sind einzig durch das fahle Licht einer Lampe beleuchtet. Es ist dies eine Selbststilisierung, die sich vom Mythos des unentwegt, selbstlosen, allen Widrigkeiten trotzens und allein der Forschung und Menschheit dienenden Wissenschaftlers und Entdeckers nährt. Eine Heldensaga, wie sie später, Ende der 1930er und Anfang der 1940er Jahren, in Biopics über Paul Ehrlich, dem „Schöpfer“ von Salvarsan, in *MAGIC BULLET* (William Dieterle, USA 1940), über Robert Koch (*ROBERT KOCH, DER BEKÄMPFER DES*

TODES, Hans Steinhoff, D 1939) oder Louis Pasteur (THE STORY OF LOUIS PASTEUR, William Dieterle, USA 1935) zelebriert wurden.²⁸

Auch die nichtfiktionalen Aufklärungsfilme machen ihre Referenz an die grossen Meister. So endet *UNE MALADIE SOCIALE* mit dem direkten Verweis auf den grossen Pasteur, der die moderne Bakteriologie begründete. Die letzten Bilder zeigen ihn auf einer Photographie bei der Arbeit, wie er eine Probe in den Händen hält. Diese Inszenierung – das Bild bleibt acht Sekunden stehen – scheint zum Selbstverständnis eines Arztes gehört zu haben, oder zumindest diene sie dazu, das öffentliche Bild der Mediziner mitzuprägen. In Pasteurs Geist sollen sich alle Kräfte vereinen, heisst es zudem im Zwischentitel, um sein Werk zu vollenden und die „Geisseln der Menschheit“ zum Verschwinden zu bringen. Im nächsten Bild ist er als übergrosse Statue unter einem Rundbogen zu sehen, als ginge die Sonne hinter ihm auf. Während er hoch über allen thront, schmiegen sich unter ihm Kranke an den kalten Stein, in den Sockel gemeisselt. Das Bild zelebriert die Ehrerbietung, die die Medizin zu reklamieren scheint.

Auf der anderen Seite geben sich die Mediziner betont väterlich. Exemplarisch steht hierfür der *médecin-chef* aus Benoit-Levys *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*. Im Film wird der Chefarzt als Erster eingeführt, zwar ohne Namen, dafür in vertraulicher Situation. Es ist Sonntagmittag, beim Kaffee erzählt er seinem Sohn die Geschichte der drei Freunde, damit sie ihm und seinen Kameraden Exempel und warnendes Beispiel sei. Dazu legt er dem Jungen vertraulich den Arm um die Schulter, als ob er ihm nun ein grosses Geheimnis anvertraute. Auf die Frage, wer sein bester Freund sei, antwortet der Junge: „C’est toi, Papa!“ Immer wieder richtet er sich direkt an die Zuschauer, spricht frontal zur Kamera, so dass nicht nur sein Sohn, sondern die Zuschauer gleichermassen miteinbezogen werden. Ebenso fürsorglich nimmt er sich seines früheren Fahrers an. Zwischendurch hält er auch ihn an den Schultern, beklopft sie aufmunternd, legt die Hand beschützend oder leitend auf sie. Nach Charles’ Zusammenbruch in Anbetracht des Gesundheitszustands seiner Tochter baut er den jungen Vater wieder auf. Alles werde wieder gut, sofern er auf ihn höre, ihm gehorche und sich kurieren lasse. Zu dieser Rolle passt, dass er seinen Anvertrauten Rat erteilt, sie mit Sachwissen versorgt und auf ihre Entscheidungsfindung einwirkt. Er ist der grosse Lehrer, ausgestattet mit paternalistischer Nächstenliebe.

Die Mehrfachfunktionen prädestinieren die Ärzte, auch gesellschaftlich eine führende Rolle zu übernehmen. Entsprechend fordern sie Gehorsam vonseiten der Bevölkerung. So treten sie durchwegs bestimmt und ‚streng‘ auf. In ihnen verbinden sich Autorität

²⁸ William Dieterles Pasteur-Verfilmung sei für das Genre der Biopics, der Biografie-Filme, prägend gewesen, schreibt Henry M. Taylor. Der Film war kommerziell sehr erfolgreich und gewann einen Oscar (vgl. Taylor 2002: 30).

und Macht. Ein Anspruch, der im Trickfilm *ON DOIT LE DIRE* augenfällig wird. Dem Darstellungsverfahren entsprechend sind Mimik und Gestik des Arztes prägnant reduziert. Dadurch wirken sie aber überzeichnet und (selbst-)offenbarend. Der Film beginnt damit, dass ein Arzt einen Vortrag hält. Er steht am Rednerpult, frontal zum Publikum. Kleidung und Haltung zeichnen ihn als Bildungsbürger aus. Er trägt einen Backenbart und einen Zwickel. Seine Hände, die er während des Sprechens auf und ab bewegt, unterstreichen akzentuierend die Worte. So heisst es: „Il n’y a pas de maladies honteuses, seule est honteuse l’immoralité qui est la grande cause de contagion des maladies vénériennes.“ Um dieser Aussage das richtige Gewicht und die nötige Ernsthaftigkeit zu geben, hält er den Zeigefinger warnend in die Luft. In den Städten sei einer von fünf Einwohner an Syphilis erkrankt. Die Krankheit sei jedoch heilbar, wenn sie frühzeitig behandelt werde. Dass dies keine blosser Mahnung oder Aufforderung an die Adresse möglicher Kranker ist, macht der Faustschlag aufs Pult deutlich. Diese Geste erlaubt keine Widerrede. Die Arztdarstellung macht den Anspruch der Mediziner deutlich, der auch in den anderen Filmen zum Tragen kommt: dass sie nicht nur als Wissenschaftler, sondern vor allem als Autoritätspersonen wahrgenommen werden möchten. Was sie sagen, soll kraft ihrer Person Bedeutung und Wichtigkeit erhalten. Entsprechend gebieten sie über den Körper und die Entscheidungen der Patienten. Sie erklären, wann sie krank und wann sie gesund sind, also heiraten dürfen.²⁹ Ihr Wort ist Gebot – dies symbolisiert die Geste ebenfalls.

Die Ehrerbietung, die der Film den grossen Bakteriologen, den Übervätern der Zunft, entgegenbringt, scheint man ebenso vom Publikum zu erwarten. Es fehlt jedenfalls nicht an Hinweisen in diese Richtung. So wird der Sanitätsrat in *FALSCHER SCHAM* mit der Patenschaft des Erstgeborenen des Paares belohnt, für dessen Heilung er sich so sehr eingesetzt hat. Am häufigsten werden die heilenden Hände der Mediziner in überschwänglicher Dankbarkeit gedrückt. Charles beispielsweise hält strahlend die Hände der Krankenschwester, stellvertretend für den Chef. Er dankt der Schwester für alles, was hier geleistet wurde. In Grossaufnahme verkündet sie, verlegen lächelnd, man tue hier nur seine Pflicht. Ihre Rede verweist auf den Kodex des barmherzigen Samariters, dem das medizinische Personal verpflichtet ist. Im Lukas-Evangelium (Lukas 10, 25-37) steht, wie sich ein Samariter um den von Räubern malträtierten Reisenden sorgt, während zwei andere Passanten achtlos an ihm vorübergegangen sind. Er aber verbindet nicht nur seine Wunden, sondern organisiert in uneigennütziger Weise dessen weitere Pflege (vgl. Bunsen 1864: 161). Dieser selbstlose

29 Bruno Bloch, Leiter der Dermatologischen Klinik der Universität Zürich, fordert, wie einleitend erwähnt, nach dem Ersten Weltkrieg ein Sondergesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Unter anderem schlägt er vor, dass von „Ehekandidaten amtlich ein von einem Arzte auszustellendes Gesundheitsattest verlangt“ werde, welches das Fehlen einer Geschlechtskrankheit bezeuge (B. Bloch 1919: 32; vgl. auch Borelli/Vogt/Kreis 1992: 38). Damit würden die Mediziner bestimmen, wer sich verheiraten und Kinder haben darf und wer nicht.

Akt reiner Menschenliebe ist dem Handeln der Mediziner Vorbild und stellt ihn zugleich in einen christlichen Kontext.

Die Arbeit im Alltag korrigiert dieses Bild etwas. Dass es sich bei den Worten der Schwester um eine höfliche Untertreibung handelt, bezeugt nämlich die Szene davor. Noch bevor der Chefarzt in Begleitung von Charles den Raum betritt, schaut ihm die Assistentin ehrfurchtsvoll entgegen, steht sofort auf, um Platz zu machen, wobei sie sich unterwürfig an die Wand drückt, um sogleich assistierend zu dienen. Ihr Verhalten legt eine andere Interpretation nahe und passt eher zu einer klaren sozialen Hierarchie, in der die Chefs ganz oben stehen und von den Untergebenen Bewunderung und Ehrfurcht verlangen. So gesehen dient die Selbstinszenierung der Mediziner, wie sie gegen die Geschlechtskrankheiten kämpfen, dem Renomee der Ärzte und ihrer sozialen und geschlechtsspezifischen Stellung.

Die Definitionsmacht des Arztes

Die teilfiktionalen Aufklärungsfilme weisen eine doppelte narrative Struktur auf, in der die Krankengeschichten mit einer Rahmenhandlung verwoben sind. Der Aufbau gleicht der Parabel, die Suleiman als Text definiert, der etwas sagt, aber etwas anderes meint. Es werden zwar die Erlebnisse der Protagonisten vorgeführt, die Zuschauer sollen deren Sinn aber auf sich selbst beziehen. In diesem Auslegungstransfer kommt der Arztfigur einmal mehr eine zentrale Rolle zu. Erstens ist er bedeutungstiftend, indem er den Dingen ihre Bedeutung zuweist. In dieser Funktion tritt er als Figurenerzähler der Rahmenhandlung auf wie der Chefarzt in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* oder der Sanitätsrat in *FALSCHER SCHAM*.³⁰ Zweitens ist er handlungsleitend, indem er die filmische Erziehung der Protagonisten leitet. In dieser Funktion richten sich seine Anweisungen auch ans Publikum und sollen somit ins Ausserfilmische wirken.

Drittens administriert er – dies legitimiert seine Anwesenheit im Film hauptsächlich – die Wissensvermittlung. So korrespondiert der innerfilmische Lehrauftrag mit der Lehrtätigkeit an der Klinik. Die Verknüpfung liegt auf der Hand, da die Leitung eines Dispensaires, einer Klinik oder Prophylaxe-Station traditionell mit der Ausbildung verbunden ist. Der Gang durch die Klinik, den die kranken Protagonisten unternehmen, entspricht der klassischen

³⁰ Selbst der Beginn von *ON DOIT LE DIRE* ist so aufgebaut, dass ein Arzt vor dem imaginären innerfilmischen und dem realen Filmpublikum spricht. Dagegen weicht *FEIND IM BLUT* von diesem Muster ab, indem die „Arztfigur“ auf verschiedene Personen aufgefächert ist: auf Student, Dozent und behandelnde Ärzte. Wesentliche Botschaften werden nicht via Figuren, sondern über die Inszenierung und filmästhetische Gestaltung vermittelt, worauf ich im nächsten Kapitel eingehen werde. Ganz anders gebaut ist *LE BAISER QUI TUE*: Hier wird die Geschichte des Matrosen Le Goff erzählt und die medizinischen Details werden fest mit der Handlung verwoben, so dass sie ‚selbsterzählend‘ sind. Der Fokus liegt ganz auf Le Goff und seinem Erleben.

Unterweisungsform von Medizinstudenten in den klinischen Semestern. Diese begleiten den Chef auf der täglichen Visite, bei der die Kranken untersucht und deren Fälle besprochen werden. Daneben, dies ist sowohl in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* als auch in *FEIND IM BLUT* der Fall, doziert der Arzt vor angehenden Ärzten im Hörsaal.

Diese herausragende Rolle in der Aufklärung manifestiert sich in einem hierarchischen Verhältnis zwischen Sprecher und Zuhörer, zwischen Sender und Empfänger. Der Sender ist Agent „responsible for the story, its interpretation, and the injunction that results from it, while the [receiver] occupies the position of a patient: the one who receives the text, on whom the text „operates““ (Suleiman 1993: 35). Es handelt sich um ein Verhältnis, das nach Suleiman typisch für die didaktische Vermittlung in der Schule oder in der Kirche ist.³¹ Dabei übernimmt der Arzt die Position des Lehrers oder Predigers. Seine Vermittlungsfunktion lässt sich mit dem didaktischen Dispositiv der Lehrfilme, wie ich sie weiter oben besprochen habe, vergleichen. Er nennt die Dinge beim Namen, seine Rede lenkt die Aufmerksamkeit der Zuschauer, hebt Besonderheiten hervor, liefert Hintergründe.

Die Vermittlung ist immer eine zweifache. Der Dozent/Arzt weist den Dingen im Film ihre Bedeutung zu, die zugleich auch für die Zuschauer gelten. Diese mediale Struktur weist auch die teilfiktionalen Filme als sehr didaktisch aus. In drei Titeln *FALSCHER SCHAM*, *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* und *FEIND IM BLUT* ist dies sogar explizit vorgeführt, indem während der Vorlesung beziehungsweise des Vortrags ein Filmausschnitt über die Syphilis projiziert wird und die Zuschauer selbst gleichzeitig einen Film über dasselbe Thema konsumieren. Somit thematisiert sich die Handlung und verweist auf sich selbst. Ein Akt, der zwar selbst-referenziell ist und daher distanzierend wirkt, der die Botschaft aber zugleich verdoppelt und damit gesichert transportiert. Diese Szenen markieren darüber hinaus die Schnittstellen (*Mise en Abyme*) zwischen Fiktionalität und Realität, zwischen der Welt der Figuren und der Erfahrungswelt der Rezipienten. Die Dozenten sind die Personen, die diese Verbindung herstellen. Sie stehen an der Schnittstelle und bekräftigen *in persona*, dass das Dargestellte nicht nur für das fiktionale Geschehen, sondern ebenso für das Leben der Zuschauer Geltung hat.

Die bloße Zuweisungsfunktion wird in den Aufklärungsfilmen noch übertroffen. Die medizinische Kunst verleiht den Doktoren gewissermaßen eine Allwissenheit und Allmächtigkeit, die sie über alle anderen stellt. Sie allein sind fähig, die *Symptome* zu lesen, die Entzündungen des Rachens, die Schwellungen der Drüsen und die maserartigen Hautveränderungen zu deuten. Dank ihrer fachlichen Kompetenz vermögen sie die Geschlechtskrankheiten aufzudecken. Mithilfe der Diagnosemethoden bringen sie die verborgene Krankheit ans Licht. Dem wissenschaftlichen Auge des Mediziners bleibt nichts verborgen. Und das

31 Vgl. hierzu auch Jacquinot 1977.

ist nicht alles: Derselbe Arzt entdeckt nicht nur die Syphilis, er vermag sie auch zu heilen. *MAGIC BULLET* heisst der Filmtitel über Paul Ehrlich, weil sein Salvarsan als Wundermittel angesehen wurde, das die Menschen von der entstellenden Krankheit zu befreien versprach (vgl. dazu Lederer/Prascandola 1998). Diagnoseverfahren und Therapeutikum verleihen dem Arzt nicht nur wissenschaftliche, sondern göttliche Fähigkeiten. Fähigkeiten, die die Funktion des Lehrers oder Predigers weit überragen. Seine Worte sind tatsächlich Gebot.³²

Hier nun kommt die ausserfilmische Doktrin zum Tragen, die die Mediziner, wie ich weiter oben behauptet habe, im Film vertreten. Durch ihre Interpretation konstituieren die Ärzte so die Zeichen als *Symptome* und integrieren diese in den dominanten Diskurs. Damit die Rezipienten die Doktrin erkennen, muss sie bereits allgemein bekannt sein, stellt Suleiman fest, derweil die vorgeführte Geschichte sie illustriert (vgl. 1993: 43). Es fällt auf, dass die Mediziner eine – für heutige Verhältnisse – rigorose Haltung vertreten. Zwar versichert der Chefarzt in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* auf Charles' Fragen nach seiner Tochter, dass das Mädchen lebe. Doch zu ihrem Zustand meint er: „Mais elle ne vivra pas, et cela vaut mieux“. Die Antwort verweist auf eine Auffassung, die den Einzelnen unter dem Aspekt seines ökonomischen Werts für die Produktivität einer Gesellschaft betrachtet.³³ Die Folgen des Ersten Weltkriegs hatten die Bevölkerungsdebatte in den Krieg führenden Ländern zugespitzt, denn eine hohe Zahl gefallener Soldaten sowie die abnehmende Geburtenzahl bedrohten die Prosperität der Nationen. Mit geeigneten Massnahmen suchte man deshalb eine „qualitative Aufwertung des ‚Volkskörpers‘“ zu erreichen. Immer mehr Ärzte unterstützten die vor dem Krieg formulierten theoretischen Einsichten der Rassenhygiene und Eugenik und verlangten die entsprechende gesundheitspolitische Umsetzung (vgl. Osborne 1994: 169f.). Der Chefarzt in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* argumentiert in diese Richtung, die vor allem in den französischen Aufklärungs-Lehrfilmen *UNE MALADIE SOCIALE* und *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* zum Ausdruck kommt, in denen durch die Geschlechtskrankheiten verursachten finanziellen Belastungen des Staates grafisch aufgelistet sind (vgl. Kapitel 3, S. 81). Ohne dass Charles seine Tochter je gesehen hat, wird sie in einer Anstalt untergebracht, wie es heisst. Danach wird sie nie mehr erwähnt. Diese Haltung findet ihre Resonanz in den klinischen Bildern der hereditär erkrankten Kinder und Jugendlichen. Solche Aussagen und Bilder bestärken den Eindruck, dass sowohl die Eltern Anspruch auf fröhliche, gesunde Kinder haben wie auch der Staat auf arbeitsame Bürger. Das Vaterglück von Charles, Geor-

32 Diese Autorität der Arztfigur ging nahezu ungebrochen auf den Spielfilm über und wurde dort sogar ausgeweitet: Der Arzt ist nicht nur in medizinischen Angelegenheiten, sondern in allen Lebensbereichen die Autorität schlechthin.

33 Der Chefarzt vertritt eine Auffassung, die heute im Zuge der pränatalen Diagnostik wieder an Brisanz gewinnt: Was ist ein lebenswertes Leben? Sollten sich die Eltern nicht verpflichtet fühlen, die Schwangerschaft abubrechen, wenn der Verdacht auf Missbildung besteht? Auf diesen Sachverhalt werde ich im Zusammenhang mit den weiblichen Figuren eingehen.

ges und Jacques in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* ist somit nicht allein persönliches Glück, sondern Staatspflicht (vgl. dazu Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 129).

Mit ihrem Engagement zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, ihrem Einsatz für die Kranken und ihrer Forderung nach bestimmten Verhaltensweisen vonseiten der Bevölkerung vertreten die Ärzte in den Aufklärungsfilmen die Interessen des Staates beziehungsweise diktieren sie ihre Auffassung einer wirkungsvollen Gesundheitspolitik. Entsprechend treten sie selten als Privatpersonen auf, sondern vorwiegend in ihrer beruflichen Funktion – und damit in amtlicher Mission. Legitimiert wird dieser Anspruch dadurch, dass die filmischen Figuren neben ihrem Primärberuf immer auch eine Institution vertreten. In den Arztfiguren vereinen sich somit die institutionellen Positionen der Medizin und des Staates, deren bürgerliche Politik sie verkörpern, während ihre ‚realen Kollegen‘ sie aktiv mitgestalteten. So suchten die nationalen Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf die Gesetzgebung einzuwirken und verlangten Änderungen im Strafrecht, wonach normverletzendes Sexualverhalten strafbar gewesen wäre.³⁴

In *FALSCHER SCHAM* setzt der Sanitätsrat diese Gesundheitspolitik in vorbildlicher Weise um. Er macht den Medizinstudenten auf die rechtliche Situation aufmerksam, warnt ihn, dass er sich strafbar mache, wenn er sich nicht therapieren lasse. Dagegen lässt er der Amme keine Wahl und verordnet die Behandlung. Sie ist derart naiv und dumm dargestellt, dass ihr die Verantwortung zwar für die Ansteckung auferlegt, diejenige für ihren Körper aber aberkannt wird. Weiter agiert der Professor analog den Forderungen vieler Dermatologen, die verlangten, dass junge Paare erst nach einem Gesundheitscheck und der Einwilligung eines Arztes heiraten und Kinder haben dürften, wie Anna und Mertens. In den Filmen sind somit die geforderte Gesundheitspolitik sowie eine effektive medizinische Versorgung in ‚vorbildlicher‘ Weise umgesetzt.

Das Arzt / Patienten-Verhältnis

Die Beziehung zu den Patienten ist nicht nur geprägt durch ein eklatantes Wissensgefälle, sondern auch durch Abhängigkeit. So tritt der Arzt durchaus autoritär und bestimmend auf, immer im Bemühen, väterlich besorgt um das Wohl seiner Patienten zu erscheinen. Letzteres, so wird immer wieder betont, ist der Antrieb für das unermüdliche Arbeiten und Forschen. Es sind nicht nur die Kenntnisse, die einem Laienpublikum näher gebracht werden sollen, es soll darüber hinaus Vertrauen in die Fachkompetenz, in die Institutionen, die sie vertreten, aufgebaut werden. In diesem Sinn sind die Begegnungen zwischen Patient

³⁴ Für Deutschland hat Lutz Sauerteig (1999) das Thema aufgearbeitet, für die Schweiz die beiden Historikerinnen Puenzieux und Ruckstuhl (1994).

und Arzt vor allem in den deutschsprachigen und den teilfiktionalen Filmen von Vertrauen geprägt dargestellt. Dagegen vermitteln die französischen dokumentarischen Filme ein realistischeres Bild.

In der Praxis offenbaren die Interaktionen zwischen Arzt und Patient die in den Filmen zugrunde liegende hierarchische Distanz. Diese zeigt sich in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES* sehr deutlich. Es werden nicht nur sämtliche Hygienestationen Frankreichs vorgestellt, sondern auch die verantwortlichen Ärzte. Auch diese Situation ist jeweils einheitlich gestaltet: Der Spezialist behandelt die Patienten, während mehrere Assistenten um ihn versammelt sind. Statt auf die Kranken einzugehen, gibt er sein Wissen allein der versammelten Ärzteschaft weiter.³⁵ Das führt zu eigentümlichen Szenen. Der Dozierende interagiert mit dem Patienten, gleichzeitig kommuniziert er mit den anderen Kollegen. Die Kranken sind nicht Partner in einer Gesprächssituation. Sie fungieren als rechtloser Gegenstand einer Konversation, von der sie ausgeschlossen sind. Auf der Station für Syphilitiker im Hôpital St. Louis beispielsweise starren rund 30 Augenpaare auf den Fuss eines Kranken (vgl. auch Abb. 17). Oder in der Tripper-Station defilieren die Kranken vor dem behandelnden Arzt in einer Reihe, jeder mit dem Uringlas in der Hand. Der Chef fuchelt mit dem Massstab vor den Gläsern herum, Konsistenz und Farbe der Urinprobe beschauend, und diktiert dem Assistenten die Beurteilung, während er gleichzeitig den Behandelten ein Zeichen zum Gehen gibt.



Abbildung 17: Gruppenkonsultationen in französischen Dispensaires in *UNE MALADIE SOCIALE*.

In Frankreich scheinen Gruppenkonsultationen normal gewesen zu sein, jedenfalls nach den dokumentarischen Aufnahmen zu schliessen. Kein Arzt ist je allein mit seiner Patientin, seinem Patienten. Zudem stehen mehrere Patienten zusammen mit anderen Kranken gleich-

³⁵ Es handelt sich somit um Ausbildungsstätten in der Tradition der medizinischen Lehrpraxis, wie sie Foucault in *Die Geburt der Klinik* (2005) beschreibt.

zeitig im Behandlungsraum. In Marseille ist die folgende Situation aufgenommen: Während in der Tischmitte die Personalien eines Mannes aufgenommen werden, behandeln an den beiden Enden je zwei verschiedene Ärztgruppen ihre Patienten, im benachbarten Zimmer werden die Injektionen serienweise verabreicht. Der Behandlungsablauf ist optimiert: Auf das bereitgestellte Holzteil legt ein Patient nach dem anderen seinen Arm, so dass der Arzt in Serie spritzen kann. Gleich daneben lassen Leidensgenossen reihenweise ihre Hosen herunter, damit ihnen die Spritze direkt in das Gesäss injiziert werden kann. Die Patienten sind jeder Individualität beraubt, eine Nummer im Getriebe, ein Merkmal im medizinischen System.

In den teilfiktionalen Filmen wirken die Kranken zwar individueller, darum nicht weniger autoritär behandelt. Seien es die Figuren aus *FALSCHES SCHAM*, seien es die Protagonisten in *FEIND IM BLUT* oder die drei Freunde in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* – früher oder später, sofern es nicht zu spät ist, werden sie alle auf den Pfad der Tugend zurückgebracht. Die Therapie ist nicht nur ein Akt der Wiederherstellung, sondern der Korrektur. Denn die jungen Männer haben sich den gesellschaftlichen Normen widersetzt. Adoleszenz und Militärdienst bieten Gelegenheit, Verbotenes ausserhalb der sozialen Ordnung auszuprobieren. Angeheizt durch Alkohol, aufgepeitscht durch Tanz und verführerischen Liebreiz verstossen sie gegen den Kodex, wonach Sexualität ausschliesslich und erst innerhalb der Ehe zu geschehen hat. Die sittlich-sozialen Werte zu rekalisieren und die bürgerliche Ordnung wiederherzustellen, dafür ist die Behandlung der Geschlechtskrankheiten da. So verlangt die Therapie vor allem Selbstdisziplin und Unterordnung. Denn die Salvarsan-Spritzen zur Bekämpfung der Syphilis sind noch das Wenigste. Die lange Dauer der Therapie, die einhergeht mit einer ein- bis zweijährigen sexuellen Abstinenz, ist die eigentliche Bewährung, die es zu bestehen gilt. Und nicht jeder Patient ist – auf Antrieb – dazu bereit. Manchmal braucht es ein beharrliches Insistieren wie beim Medizinstudenten in *FALSCHES SCHAM*, manchmal rüttelt aber erst der Tod des Kindes oder der Frau die Helden auf, wie dies für Jacques in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* oder den jungen Arbeiter in *FEIND IM BLUT* der Fall ist. Manchmal kommt die Einsicht zu spät wie beim Freund in *FEIND IM BLUT* oder dem Maler Hartwig in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* Immer ist die Therapie als Weg der Selbst-Erkenntnis und Demut angelegt.

Etwas komplizierter ist die Beziehung zwischen dem Arzt Georg Mauthner und seinem Patienten und Freund, Paul Hartwig, in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* Denn zwischen ihnen steht Leonie, die frühere Verlobte des Arztes, die sich jedoch für den Maler entscheidet. Damit liegt hier ein Dreiecksverhältnis vor, dessen Interaktionen stark durch Emotionen bestimmt sind. Nichtsdestotrotz oder gerade, weil die Beziehung auf melodramatische Emotionen gebaut ist, kann sie als symptomatisch und modellhaft für das Verhältnis Arzt-Patient gelesen werden. Da die Beziehung im Zentrum steht und das Figurenverhalten

affektiv geleitet ist, lässt sich das Band eruieren, das auch zwischen Arzt und Patient herrschen sollte: Vertrauen.

Auch Mauthner präsentiert sich ganz als Fachmann und handelt gegenüber dem Freund in Verantwortung seines medizinischen Wissens, wenngleich emotionale Motive nicht ausgeschlossen werden können. Zuerst leidet er stumm, als Paul ihm die Braut ausspannt. Dann, obwohl er eifersüchtig sein könnte, setzt er alles daran, diesen von einer Behandlung zu überzeugen, nachdem die Ansteckung Hartwigs gewiss ist. Er möchte ihn und die Frau vor den Folgen der Syphilis bewahren. Mauthner agiert stets gewissenhaft und in treuer Sorge. Dagegen stellt Hartwigs Weigerung, sich therapieren zu lassen, und seine Anschuldigungen, der Arzt handle aus Eifersucht, einen Treuebruch dar. Schlimmer noch, nach der Katastrophe, als Leonie, Hartwigs Frau, an den Folgen der Syphilis stirbt, stiehlt dieser sich aus Scham und Verzweiflung aus der Verantwortung und verlässt die Stadt. Stattdessen überlässt er das kleine, kranke Mädchen der Obhut des Arztes, damit er es heile. Erst am Ende, geläutert durch Krankheit und Gewissensbisse, kehrt er todkrank zurück. Es ist an Mauthner, ihm am Sterbebett zu verzeihen. Mehr noch, der Arzt verspricht sogar, die Tochter mit seinem eigenen Jungen zu vermählen. Mit dieser Geste befreit er den Todgeweihten von seiner Schuld.

Genau genommen ist das Verhältnis zwischen den beiden sehr einseitig angelegt. Während Hartwig die Freundschaft mit Füßen tritt, bleibt Mauthner treu. Ersterer aber bestiehlt den Freund, beschimpft und weist ihn zurück. Trotzdem hilft der Arzt weiter, verzeiht und vergibt ihm. Dies wird gar übersteigert, indem er seine Liebe opfert, an gebrochenem Herzen leidet und zwar zweifach: durch die Frau und den Freund. Dennoch bleibt er ganz Pflichterfüllung, handelt aus Verantwortung und arbeitet unermüdlich für seine Patienten. Die Arztfigur Mauthner ist ins Übermenschliche gesteigert. Dieser Eindruck wird durch die Inszenierung verstärkt. Sowohl die Lichtgestaltung, die sein Gesicht oft mit einem verklärenden Schein umhüllt, als auch seine stumme Traurigkeit und das makellose Weiss des Arbeitskittels erheben ihn über alle anderen Figuren, lassen ihn rein und messianisch erscheinen. Dadurch wirkt Mauthner wie die Reinkarnation des barmherzigen Samariters.

Übertragen auf die profane Beziehung in der Praxis bedeutet dies, dass auch dort, trotz wissenschaftlichem Knowhow und technischen Hilfsmitteln, die Behandlung auf dem Glauben des Patienten an die Fähigkeiten des Arztes beruht. Dieser Glaube wird gestützt durch das Vertrauen, das die Kranken den Medizinern und ihren fachlichen Kenntnissen entgegenbringen. Genau das macht Hartwig nicht. Wegen Mauthners Liebe zu Leonie und damit verbunden der Wahrscheinlichkeit, dass dieser aus eigennützigen Motiven handelt, bricht er mit ihm. Statt sich ihm anzuvertrauen, stürzt Hartwig davon; statt auf die fachlichen Kenntnisse des Freundes zu bauen, widersetzt er sich dessen Behandlungsangebot. Schlimmer

noch, er sucht einen Kurpfuscher auf, einen der Erzrivalen der Mediziner. Damit verrät er nicht nur seine Freundschaft, sondern zerstört auch die Vertrauensbasis zwischen sich und seinem behandelnden Arzt, was schliesslich die eigentliche Katastrophe herbeiführt.

Die erwähnten Beispiele deuten darauf hin, dass das Verhältnis zwischen Patient und Arzt vor allem durch das hierarchische Wissensgefälle geprägt ist. Vertrauen und Glauben bilden die Fundamente, um diese Kluft zu überbrücken. Denn das vermittelte Mehrwissen über die Krankheiten allein genügt nicht, um die Diskrepanz zu mindern. Als Nicht-Mediziner kann man nämlich nicht abschätzen, ob die Diagnose richtig, ob die Therapie angemessen ist. Die Glaubwürdigkeit des Mediziners hängt somit davon ab, ob der Patient ihm die fachliche Überlegenheit *glaubt* und sich ihm *anvertraut*. Gestützt werden diese beiden Aspekte durch emotionale Wertzuschreibungen, die sich von den wissenschaftlichen und religiösen Vorbildern ableiten. Die christlich-moralische Aura, die den Arzt umgibt, ist somit wesentlich für die Beziehung zum Patienten. Denn der kleinste Hauch von Geschäftstüchtigkeit und Eigeninteressen kann zerstörerisch wirken. Vor diesem Hintergrund wird klar, warum die Mediziner die nicht-akademisch gebildeten ‚Ärzte‘ kritisieren. Ihnen werfen sie vor, allein aus kommerziellen Interessen zu handeln. Dabei stellt sich unweigerlich die Frage, warum die Kranken trotz Warnungen ‚reihenweise‘ zu den Heilpraktikern gehen. Warum zerstört in ihrem Fall das Geld nicht das Vertrauen? Was machen sie anders?

Die Kurpfuscher und Scharlatane

„Méfiez-vous des charlatans. Mal traitée la syphilis crée sur tous les organes des lésions mortelles“, warnt die Schrift in *LES MALADIES VÉNÉRIENNES*, die über einen Totenschädel geblendet wird. Die eigentlichen Widersacher, die wirklichen Feinde im System sind die selbsternannten Heiler. Sie versprechen eine vollständige Genesung der Syphilis in wenigen Tagen, wodurch sie die Behandlung der autorisierten Mediziner torpedieren und konkurrieren. Sie hindern die Patienten nicht nur daran, einen ausgewiesenen Fachmann zu konsultieren. Vielmehr ist es ihre Schuld, wenn sich die Kranken fälschlicherweise geheilt wähnen und so die Geschlechtskrankheiten verschleppen und ihre Nächsten infizieren. An der Unkenntnis der Scharlatane und Kurpfuscher,³⁶ wie sie von den Medizinerinnen tituliert werden, liegt es, dass die Symptome zu spät erkannt werden, Menschen deshalb zu früh sterben und die Spitäler und Anstalten voller Geschlechtskranker sind. Sie sind der Störfaktor im Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Im übertragenen Sinn sind sie die Krankheitskeime im staatlichen Gesundheitssystem, das dabei ist, sich zu etablieren.

³⁶ Ich verwende die beiden Begriffe als Synonyme, wobei in den deutschsprachigen Filmen eher Kurpfuscher und in den französischen Scharlatan verwendet werden. Gemeint sind immer die nicht akademischen Praktiker, die sich als Doktoren oder Heilkünstler ausgeben.

Dies jedenfalls suggerieren die Aufklärungsfilme mehr oder weniger deutlich. Denn es gibt keinen Titel, der nicht vor den „Heilkünstlern“ warnt oder gar ihre Behandlungen vorführt, um sie der Lächerlichkeit preiszugeben.

Was die Gut-böse-, Schwarz-weiss-Zeichnung verdeckt, ist, dass die Trennung nicht immer so eindeutig war. Die deutsche Historikerin Barbara Duden weist vielmehr nach, dass noch zu Beginn des 18. Jahrhunderts der Mediziner zu einem Netz von Ratgebern gehörte, zu denen auch die Bader, Urinbeschauer, Hebammen, Verwandte und Bekannte zählten, die gleichberechtigt nebeneinander die Kranken betreuten (vgl. B. Duden 1997: 95). Die Historikerin untersuchte die Protokolle des Eisenacher Arztes Storch, die er über seine Patientinnen anfertigte. Diese gesammelten Krankengeschichten geben Einblick in Körperwahrnehmung sowie Krankheitsvorstellungen und sind zugleich Zeugnisse der Diagnoseverfahren und Behandlungspraxis um 1730. Storch notierte die mündlichen Berichte, die ihm seine Patientinnen fast ausschliesslich über Dritte übermitteln liessen, den Verlauf der Störung als auch seine verabreichten Mittel.³⁷ Im Gegensatz zu den Laienheilern wurde der Medikus, also der studierte Arzt, oftmals spät in einer langen Reihe von Beratern angefragt, die von den Müttern und Frauen der Nachbarschaft angeführt wurde (ebd.: 93). Weil die Mütter den Kranken am nächsten standen und kontinuierlichen Zugang zu ihnen hatten, waren sie die eigentlichen Kontrahentinnen des *medicus*. Ihre Einschätzungen wogen denn auch schwerer als der Rat des Arztes. Ferner hatte sich dessen *Consilium* Duden zufolge in ein Muster der Beratung anderer einzufügen, deren Kenntnis Storch lediglich ergänzen sollte (vgl. ebd.: 112). Der Arzt stand somit in einem Konkurrenzfeld um die Gunst der Patientin, und diese musste er sich durch die ‚richtige‘ Arznei erwerben.

Gegenüber der Gefahr, eine Patientin als Klientin zu verlieren, war die Wirksamkeit der verabreichten Mittel offenbar zweitrangig. Für ähnliche Fälle hat Ploucquet, ein Württemberger Arzt, den Rat gegeben, wie ihn Iris Ritzmann in *Medikus und Scharlatan* zitiert: „Wem also [...] aus öconomischen Rücksichten [...] daran ligt [sic], den Kranken beyzubehalten, thut besser, einstweilen irgend etwas zu verordnen“ (Ploucquet zit. in Ritzmann 2009: 131). Weiter heisst es, sollten die Ärzte bemüht sein, mittels Therapien keine grosse Veränderungen herbeizuführen. Im Falle des Eisenacher Arztes bedeutete dies, nicht „irgend etwas zu verordnen“, sondern das, was die Kranke sich wünschte, wie Duden die Intention der Patientinnen interpretiert. Denn mit der Ratsuche war vielfach eine „dezidierte Aufforderung verknüpft, ihnen ihr Hausmittel oder das von ihnen gewünschte aus der Apotheke“ zu verschreiben. „Die Verordnung des Arztes ist so oft eine Bestätigung des

37 Letztere zielten darauf ab, die „Störung“ zu beseitigen, indem der Arzt die Natur unterstützte und half, die schlechte Materie auszuwerfen. Augenfällig ist, wie Krankheitsbilder und Medikamentation in einer Vorstellung verhaftet waren, die den Körper als Fließsystem verstand, welches durch eine äussere Ursache ins Stocken gebracht wurde (vgl. B. Duden 1997: 160).

Selbstverständnisses der Patientin“ (Duden 1997: 113). In dieser Praxis sieht Duden eher einen Prozess der rituellen Bestätigungen, wobei der Arzt von den Patientinnen in den Dienst ihrer Körpervorstellungen genommen worden sei (vgl. B. Duden 1997: 114).

Grete de Francesco entwirft bereits 1937 in *Die Macht des Charlatan* ein detailliertes, mit zahlreichen Beispielen, Literaturhinweisen und Illustrationen belegtes Charakterbild und Wirtschaftsmodell des Scharlatans seit dem 17. Jahrhundert. Ihre Beschreibungen vermitteln ein eindrückliches Schreckensbild der *falschen Ärzte*: mächtig, bedrohlich und schädlich. Die Autorin siedelt das Aufkommen der „Charlatane“ oder „Quacksalber“, „Kurpfuscher“, „Marktschreier“ und „Afterärzte“, wie sie auch genannt wurden, in der Renaissance an, weil in jener Zeit die Alchimie zu neuer Blüte gelangte. Sie konnte studiert und sogar gelehrt werden, wodurch sie Fakultätsreife erhielt. Ziel der Alchimisten war es, unedle Metalle in Gold zu verwandeln. Mit der Transformation der Metalle geht die Verwandlung von Armut in Reichtum, die Verlängerung des Lebens, Regenerierung der müden Säfte und die Erlangung ewiger Jugend einher. Damit bot die Alchimie, Vorläuferin der modernen Chemie, den Scharlatanen die geheimwissenschaftliche Grundlage, die ihnen über Jahrhunderte die Terminologie, den Inhalt ihrer Versprechen sowie geheimnisumwobene Mittel lieferte (vgl. de Francesco 1937: 37).

Höhepunkt aber erlangte die Scharlatanerie im 18. Jahrhundert. Grund dafür sieht de Francesco in der Aufklärung: „Das Jahrhundert der Aufklärung, das alles verstehen wollte und alles verstand, verfiel der Macht der Charlatane mindestens ebenso stark wie die Renaissance, die das Unverständliche, das Lächeln der Mona Lisa, bewundert hat (ebd.: 152).“ Die Macht sei sogar noch stärker gewesen, weil die Todessicherheit verloren gegangen war. Statt des freudigen Todes stand das Schafott als Fatum am Horizont der Zukunft, weshalb sich die Menschen rückwärts wandten. Hier dienten die Scharlatane als Projektionsflächen (vgl. ebd.: 152). Einzelnen besonders erfolgreichen Scharlatanen gelang sogar der soziale Aufstieg.³⁸

Im Zuge der französischen Revolution und der Bekämpfung der dadurch entstandenen Missstände suchten die ausgebildeten Ärzte das Praktizieren der nicht-akademischen zu verbieten. Nachdem mit dem Untergang der Monarchie auch die Universitäten geschlossen, Spitäler und Kliniken teilweise aufgehoben und deren Besitz und Geld nationalisiert worden waren, verschlechterte sich die medizinische Versorgung der Bevölkerung dramatisch. Anscheinend richteten die ‚wilden‘ Mediziner verheerende Schäden in der ärmeren Bevölkerung an. Die Misere wurde noch verstärkt, weil sich die Kranken auch nicht in

³⁸ De Francesco stellt in ihrem Buch eine ganze Reihe Scharlatane vor, die nicht nur sehr erfolgreich waren, sondern auch zu grossem Ansehen und Wohlstand gelangten. Einer von ihnen war der Italiener Francesco Giuseppe Borri (1627-1680), der der Königin Christina von Schweden Unterricht im Goldmachen erteilte (vgl. 1937: 147-151).

den Spitälern behandeln lassen konnten (vgl. Foucault 2005: 81). In mehreren Vorstössen wurde daraufhin das Gesundheitswesen in Frankreich restrukturiert, die Ärzteschaft als Stand neu organisiert, die Ausbildung reformiert und die staatliche Kontrolle etabliert. Die Reformen zielten darauf, dass nur, wer die notwendigen Prüfungen vorwies und über die entsprechende Praxis verfügte, den Beruf ausüben durfte. Was das Ende der Empiriker und Heilkünstler hätte bedeuten sollen. In der Realität sei aber das Gegenteil der Fall gewesen, bemerkt Foucault (vgl. 2005: 88).

Wer nun glaubt, die Scharlatane seien zu Beginn des 20. Jahrhunderts verschwunden, irrt. Der Abgrenzungsprozess ist vielmehr in vollem Gange, wie eine Durchsicht der in der Zeitschrift *Das Rote Kreuz* zwischen 1900 und 1930 erschienen Artikel und Berichte zum Thema belegen. *Das Rote Kreuz* ist die Schweizerische Halbmonatsschrift, herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz, für das Fach- und Laienpublikum der Samaritervereine, der Kranken- und Volksgesundheitspflege. Es gab kaum eine Ausgabe, in der nicht mindestens ein Artikel oder eine Notiz über verfehlte Krankenbehandlungen durch Kurpfuscher berichtete. Erstaunlich ist die Breite an Textsorten wie Gerichtsurteile, Anekdoten, Witze, Meinungen und Ratgeber, die unmissverständlich das Unwesen der „wilden Mediziner“ und „falschen Samariter“ verurteilten, erschienen als Leitartikel, gezeichnet von namhaften Autoren oder anonym unter der Rubrik „Vermischtes“. Die Fülle von Meldungen und redaktionellen Beiträgen macht klar, inwiefern die frei praktizierenden, nicht-akademischen ‚Ärzte‘, deren Behandlungsmethoden der Schulmedizin zuwiderliefen, als Konkurrenten angesehen wurden. Und in Deutschland gelang den Standesärzten mit der Annahme des „Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ 1927 ein wichtiger Schritt zur Abschaffung der Kurierfreiheit, die 1871 im ganzen Reich erklärt worden war und den Kurpfuschern damals die Ausübung ihres Gewerbes erlaubt hatte. Das Gesetz erklärte die Behandlung der Geschlechtskrankheiten als ein „ausschliessliches Privileg der approbierten Ärzte“. In dieselbe Richtung wiesen die Hebammenverordnungen, die die Hebammen zu „Handlangerinnen“ der Mediziner machten – angeblich, um die Kindersterblichkeit zu verringern (vgl. Osborne 1994: 247-249; auch Sauerteig 1999: 421-436).

In ähnlichem Ton und Wortlaut wie in den Zeitschriften warnten die Aufklärungsfilme vor den Kurpfuschern und Scharlatanen, die anscheinend gerade bei den Geschlechtskranken grossen Zulauf verbuchten.³⁹ Verbale Aufrufe und Mahnungen genügten nicht. Die Scharlatane wurden explizit ins Bild gesetzt, ihre Behandlungsmethoden detailliert vorgeführt,

39 In der Praxis arbeiteten die freiberuflichen Heilerinnen und Heiler oft erfolgreicher und mit weit weniger medizinischen Komplikationen, als dies die zeitgenössischen Kritiken der Mediziner glauben machen. Da auch Hebammen Verhütungsmittel verabreichen konnten, obwohl ihnen dies verboten war, wurden sie den Ärzten vorgezogen. Cornelia Osborne streicht das fachliche Können der ‚Kurpfuscher‘ hervor, die zahlreiche Aborte durchführten, bei denen weniger Frauen starben als bei den Schulmedizinerinnen (vgl. Osborne 1994: 45-50, 166f.s, 235).

um deren Wirkungslosigkeit aufzudecken. Die Figurenprofile von Arzt und Kurpfuscher kontrastieren klar, wodurch sich einerseits ein dynamisches Interaktionsmuster ergibt und andererseits die Konnotationen deutlich hervortreten.⁴⁰ In der Inszenierung dienten den Filmemachern historische Darstellungen und Charakterisierungen der Heilkünstler. Aufmachung und Ausstattung in den Filmen entsprechen denen, die de Francesco in ihrem Buch zusammengetragen und beschrieben hat.

Wie sieht der typische Kurpfuscher beziehungsweise Scharlatan aus? Welche Merkmale charakterisieren ihn? „Täuschung, Gewinnsucht und Brotneid“, nennt Ritzmann als zentrale Merkmale in den Beschreibungen von de Francesco. Diese Verhaltensweisen des Scharlatans sind inkompatibel mit denen eines wahren Medikus. Dies beweist schon die etymologische Betrachtung. So definiert das „Vocabolario della Crusca“ den „Charlatan“ folgendermassen: „Einer, der auf öffentlichen Plätzen Salben oder andere Medizinen absetzt, der Zähne zieht und Taschenspielerkünste zeigt“ (de Francesco 1937: 11).⁴¹ Zudem ist der Begriff vom italienischen Verb „ciarlare“ abgeleitet, das mit prahlen, leichtfertig daherreden und verwirrend schwatzen übersetzt wird. Der Scharlatan ist somit eine Person, die ihre Produkte und Dienste auf dem Markt feilbietet, dabei marktschreierisch die Aufmerksamkeit der Leute auf sich zu ziehen sucht, um ihnen Salben, Klistiere, Pflaster und Tees aufzuschwatzen. Diese Zuschreibungen versammeln ausschliesslich negative Eigenschaften, stellen die Heiler in die Nähe von Schaustellern und Zauberkünstlern, die ihr Publikum mit allerlei Sprüchen und Tricks täuschen. Entsprechend sind sie in den historischen Stichen allesamt in fantasievollen oder exotischen Kostümen auf einer Schaubühne zu sehen, umgeben von Hilfspersonal, das ihrem Schauspiel assistiert.⁴² Ihre Anpreisungen legitimierten sie laut de Francesco mit dem geheimen Wissen der Alchimisten oder mit fremdländisch klingenden Termini aus exotischen Sprachen. Während der Standeskodex der Mediziner selbstloses und altruistisches Handeln vorschrieb, betrieben in der Sicht Letzterer die selbst ernannten Heiler ihr Metier allein um des Gewinns willen. Sie verkauften ihren Kunden die Salben und Pillen nicht, um deren Leiden zu lindern, sondern, um ihnen das Geld aus dem Sack zu ziehen. Auch betrieben sie eine aggressive Propaganda für sich, den Medizinern aber war und ist jede offene oder versteckte Werbung untersagt.

⁴⁰ Nach Manfred Pfister definieren sich dramatische Figuren im Theater entweder durch Kontrast- oder Korrespondenzrelationen (vgl. Pfister 1994: 224–240).

⁴¹ Der Begriff „Charlatan“ wurde erstmals im 17. Jahrhundert verwendet. 1716 titelte der sächsische Historiker und Enzyklopädist Johann Burckhard Mencken sein satyrisches Werk *Charlataneria Eruditorum* (vgl. Ritzmann 2009: 84).

⁴² Auf den Illustration spricht der Scharlatan zu den Zuschauern, während die Frau die Arzneien verkauft und ein Affe oder lustiger Geselle die Leute daneben mit allerlei Kunststücken unterhält (vgl. die zahlreichen Illustrationen in de Francesco 1937).

Diese Skizzierung soll im Folgenden zur Analyse der Darstellungen der Heilkünstler in den Aufklärungsfilmen dienen, denn die Parallelen zu den historischen Vorbildern sind offensichtlich. In *UNE MALADIE SOCIALE* folgen die Illustrationen den historischen Vorlagen, mit deren Hilfe die Zuschauer vor den Werbeangeboten der Empiriker gewarnt wurden. Der von Paul Hartwig, dem erkrankten Maler in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, aufgesuchte Heilpraktiker, Professor Eisenbart, bezieht sich direkt und namentlich auf sein berühmtes Vorbild: Johann Andreas Eisenbarth (1661-1727).⁴³ Wie beim ‚richtigen‘ Arzt, verfügt die Praxis über einen Warteraum und einen Assistenten, der die Kranken zum ‚Doktor‘ führt. Dieser sitzt allerdings etwas gelangweilt im Stuhl, als Hartwig hereingeführt wird. Immerhin weist ihn der weisse Kittel als ‚Arzt‘ aus. Ausserdem untersucht er den Hereingeführten analog zur ärztlichen Praxis: Er schaut ihm kurz in den Rachen und tastet die Lymphdrüsen am Hals ab, um sogleich die Arznei zu verordnen. Danach wird der Patient – mit einer eindeutigen Geste – zum Zahlen aufgefordert.

Die Ausstattung wie das Prozedere imitieren die medizinische Behandlung. So gleicht der Raum einer Arztpraxis, auch weil allerlei Geräte, Flaschen etc. herumstehen oder das Abbild eines Skeletts an der Wand hängt. Zudem wendet der vermeintliche Arzt die typischen Diagnoseverfahren an: beschauen und abtasten. Dieses Verfahren entspricht der Anordnung der medizinischen Praxis: Symptome–Krankheit–Mittel. Dagegen entlarvt das Gebaren von Arzt und Assistent – vom Patienten allerdings unbemerkt – die Handlungen als Farce. Bereits das flickernde Auge des Assistenten, seine Frisur und Körperhaltung erwecken den Anschein eines Heuchlers. Aber auch der ‚Professor‘, der sich gähmend in den Stuhl fläzt, als der Maler hereintritt, wirkt wenig seriös (Abb. 18a). Und die Behandlung selbst offenbart sich bei genauer Betrachtung als Theater. Zuerst untersucht nämlich der Assistent den Patienten (Abb. 18b), erst danach schaut der ‚Fachmann‘ in den Mund. Dabei genügt ihm ein kurzer Blick und er winkt den Fall als Bagatelle ab. Zum einen wird dadurch das In-den-Mund-Schauen karikiert, zum anderen soll die kurze Behandlungsdauer von drei Wochen die Therapie der Schulmediziner als Abzockerei hinstellen. Dass jedoch die beiden die ‚Gauner‘ sind, machen Mimik, Gestik z.B. das Fingerreiben (Geld-Zeichen) sowie das Teilen des Geldes zum Schluss klar.

43 De Francesco schildert das eindruckliche Wirken und den unglaublichen Erfolg des „Doctor Eisenbarth“. Den Deutschen sei er so bekannt gewesen wie den Franzosen Tabarin, schreibt die Autorin. Obwohl er nicht fertig studiert hatte, muss er ein guter Operateur gewesen sein, wie Zeitgenossen bezeugten. Was ihn zum Scharlatan stempelte, war die Geschäftstätigkeit und nicht das fachliche (Un-)Wissen (vgl. de Francesco 1937: 107-112).



Abbildung 18: Die Behandlungssituation beim ‚Doktor‘ Eisenbart in DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?

Analog sind die Kurpfuscher in *FALSCHES SCHAM* und *FEIND IM BLUT* inszeniert.⁴⁴ Der Arbeiter in Ruttmanns Film sucht den „Heilkünstler Hubelmayer“ auf, dessen Praxis rundum mit Regalen voller Fläschchen, Flaschen und Schächtelchen ausgestattet ist. Auch er wischt die Bedenken des Patienten nach kurzem Beschauen energisch weg, verabreicht stattdessen drei – teure – Packungen Tee. Nicht anders verfährt der Kurpfuscher mit der Amme in *FALSCHES SCHAM*. Wohl zelebriert er die Haarbeschauung (Abb. 19) sowie die Auswahl der Tees und Pillen als kleines Spektakel der medizinischen Behandlung. Doch auch seine Therapie wird gerade durch die Einnahmeregeln ad absurdum geführt. Allen drei Behandlungen gemein ist die saftige Rechnung zum Schluss. Sie folgt der Annahme, dass nur, was teuer ist, auch hilft, wie es der Kollege des Arbeiters meint. Ritzmanns eruierte Merkmale: Gewinnsucht, Täuschung und Brotneid (die ‚Empiriker‘ denunzieren ihrerseits die schulmedizinischen Massnahmen als Geldmacherei) kennzeichnen somit auch die filmischen Darstellungen.

Was suchen die Patienten gegen besseren Wissens – wie der Arbeiter, dem ein anderer Kollege zuerst die staatliche Prophylaxe empfohlen hat – tatsächlich bei den selbsternannten Heilern? Was Duden schon für die Patientinnen des Eisenacher Arztes Storch feststellte, dass sie nämlich eher den Ratschlägen von ihnen nahe stehenden Personen, Freunden, Nachbarn oder Verwandten folgten, trifft auch für die Patienten im Film zu. Weiter wünschen die Kranken, dies legen ihre ängstlichen Blicke und Vermutungen nahe, von den ‚Empirikern‘ zu hören, dass sie eben *nicht* krank sind. Erleichtert und mit einem Strahlen

⁴⁴ Auch Le Goff in *LE BAISER QUI TUE* macht sich auf Empfehlung seines Freundes auf den Weg zu einem „Spezialisten“ nach Paris. Wir sehen noch, wie er sich in ein Taxi setzt, die Adresse nennt und ein paar Monumente an ihm vorbeiziehen. Der Arztbesuch selbst ist in den von mir visionierten Fassungen ausgespart. Weder die Kopie in der Cinémathèque Suisse, die einige Szenen mehr enthält, noch die Kopie im Centre National de la Cinématographie (CNC) des Archives du Film in Bois d’Arcy enthalten entsprechende Bilder.

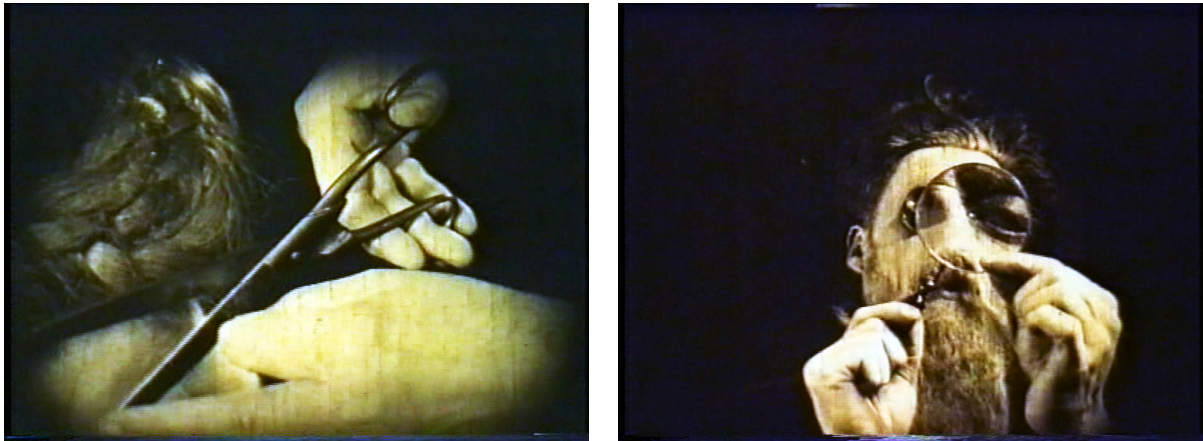


Abbildung 19: Haarprobe und Diagnoseverfahren beim Kurpfuscher in FALSCHESCHAM.

im Gesicht nehmen sie die Pseudo-Diagnose zur Kenntnis, wobei die hohe Rechnung genau die Diagnose bestätigt. Sie bezahlen den Befund teuer, wohingegen die Therapie der approbierten Ärzte Arbeit und Durchhaltevermögen von ihnen verlangt. Der Heiler befreit sie nicht nur von der Sorge (geschlechts-) krank zu sein, sondern vor allem von der Schuld. Ähnlich lautet Dudens Interpretation der Protokolle: Sie sieht in dieser Praxis eher einen Prozess der rituellen Bestätigungen, wobei der Arzt von den Patientinnen in den Dienst ihrer Körpervorstellungen genommen wurde (vgl. B. Duden 1997: 114).

Trotz allen Einschränkungs- und Abgrenzungsbemühungen braucht der Medikus den Scharlatan, wie Ritzmann folgert, dies „sowohl für die Selbstdarstellung wie auch für die Fremdwahrnehmung. Denn der Scharlatan bildet eine ideale Projektionsfläche für alle negativen Eigenschaften“ (2009: 133). Charakteristiken, die komplementär zu den Idealen der Schulmediziner angelegt sind. Auch hierfür boten die Aufklärungsfilme eine ideale Bühne, um sich von den Rivalen zu unterscheiden. Den Kurpfuschern wurden die Eigenschaften unterschoben, die für einen Mediziner verboten waren. „Das Honorar ist die Achillesferse des Arztes“, zitiert Ritzmann den Medizinhistoriker Erwin H. Achterknecht. Denn die Vorstellung des Medikus als „Retter der leidenden Menschheit“ widerspreche per se jeder Geldforderung (2009: 87). Wie erwähnt, untersagt die Standesordnung den Mediziner jegliche Werbung, sei sie offen oder versteckt. Gewinnsucht und Eigennutz sind hingegen die Merkmale, die die Kurpfuscher in den Filmen besonders kennzeichnen. Weder die Ausstattung noch das Diagnoseverfahren lassen den Scharlatan als Heuchler erscheinen, sondern die Art, wie er nach dem Geld giert und es in seinen Taschen verschwinden lässt. Dass auch berühmte Vorbilder wie Robert Koch nicht gefeit waren, aus finanziellen Interessen zu handeln, ist für Ritzmann ein weiteres Indiz, dass sich die beiden Ärztegruppen so grund-

sätzlich nicht unterscheiden, wie die Darstellungen und Kritiken suggerieren.⁴⁵ Überhaupt demontiert sie das Bild des ‚selbstlosen‘ Wissenschafters und Mediziners, das die akademisch gebildeten Ärzte – in Differenz zu den Kurpfuschern und Scharlatanen – von sich entwarfen. Übrig bleiben zwei Berufsgruppen, die sich auf dem Gesundheitsmarkt um die Gunst der Patienten streiten. Die Debatten und die damit verbundenen Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten oder der Abtreibung gereichten den Standesorganisationen, die im Auftrag des Staates agierten, zum Vorteil. Da sie über die Gesundheitspolitik in erster Linie Interessenspolitik betrieben, erreichten sie einen Machtzuwachs – unter anderem auf Kosten der Kurpfuscher.

4.2.4 Die Frauen

Die Figurenzeichnungen der Frauen bewegt sich im emphatischen Spannungsfeld zwischen Ablehnung und Solidarität. Als Verführerinnen lösen sie negative Emotionen, als Opfer Mitleid aus. Darüber hinaus fungieren sie als Assistentinnen der (Volks-)Erziehung.

Mit der Familieninfektion, wie sie Fournier und Neisser an der zweiten Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1902 in Brüssel thematisierten, rückte die Familie in den Fokus der Prophylaxe. Die Männer waren nicht allein Freier, die sich bei einem ausser- oder vorehelichen Akt infizierten, sondern wurden selber zu Auslösern einer Kettenreaktion: Sie steckten ihre (unwissenden) Frauen und diese wiederum die Nachkommen an. Die Föten starben entweder bereits im Mutterleib oder die Kinder kamen krank zur Welt. Die Ehefrauen traf es demzufolge doppelt: Sie erkrankten selbst und gaben die Krankheit weiter. Die Mutterschaft, Bestimmung und Glück jeder Frau – dies suggerieren zumindest die Filme –, verkehrte sich ins Gegenteil. Der von den Ärzten prognostizierte Anstieg der Ansteckungsrate liess die Familie folglich stark gefährdet erscheinen. Die Verschiebung von den sozialen Aussenbezirken (Bordelle) in deren Kernzone traf die Gesellschaft in ihren Grundfesten. Der Kinderwunsch und die Bestimmung über den eigenen Körper konnten daher nicht mehr dem Einzelnen überlassen werden. Die Geburtenkontrolle und die Gesundheit der angehenden Eltern wurden zum Politikum, was die nationalen Gesellschaften zur Bekämpfung zum Anlass nahmen, die Aufklärungsarbeit nach dem Krieg zu intensivieren und ihre Einflussnahme bis in die Familien hinein auszudehnen.⁴⁶

⁴⁵ Robert Koch hatte ein Heilmittel gegen Tuberkulose entdeckt und erprobt, das 1890 Schlagzeilen machte. Doch statt der Rezeptur, wodurch es auch von anderen hätte nachproduziert werden können, gab er nur den Namen „Tuberkulin“ preis. Dies, weil er sich nicht nur persönlich, sondern auch für sein Institut finanzielle Vorteile versprochen hatte (vgl. Ritzmann 2009: 132–133).

⁴⁶ Vgl. dazu Kapitel 2 sowie Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 129.

Die Verknüpfung der Geburtenrate mit den nationalen Interessen machte den gesunden Frauenkörper zum Objekt fundamentaler Bedeutung.⁴⁷ Die Sorge um den Frauenkörper setzten die Ärzte mit der Sorge um den ‚Volkskörper‘ gleich (vgl. Usborne 1994: 236). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, im Zuge der demographischen Erhebungen, war das Bevölkerungswachstum zu einem Faktor in der politischen Wahrnehmung geworden (vgl. Halling/Schäfer/Vögele 2005). Denn sowohl die wirtschaftliche Prosperität wie die militärische Schlagkraft hingen von der Zahl der Bürger ab. So wurde die Gebärfunktion der Frauen in die staatliche Pflicht, das Gemeinwohl über das Wohl der Einzelnen gestellt. Befürchtete man noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts, dass der explodierende Bevölkerungsanstieg und die damit verbundenen sozialen Lasten dem Staat schaden würden, so kehrte der Erste Weltkrieg diese Tendenz um: die Geburtenrate sank (vgl. Usborne 1994: 21-23). Im Krieg fielen viele Männer, Frauen blieben ledig. Es herrschte Frauenüberschuss (vgl. K. Reinert 2000: 202). Damit nicht genug. Viele Frauen waren berufstätig – dies schon vor dem Krieg, durch die Einberufung der Soldaten aber verstärkt – und wollten oder konnten 1918 ihre Arbeit nicht wieder aufgeben. Der Krieg hatte die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung aufgehoben und das traditionelle Rollenverständnis erschüttert. Die Frauen waren selbstbewusster geworden, was sich auch durch ein verändertes Sexualverhalten zeigte: Sexualität war nicht mehr allein auf die Reproduktion beschränkt (vgl. ebd.: 140ff.). Die Ehe als Institution geriet ebenso in die Krise. Finanziell unabhängig mussten sich die Frauen nicht unbedingt verheiraten, um versorgt zu sein. Ausserdem hatte sich die Kleinfamilie als Familienmodell der Moderne etabliert (vgl. Usborne 1994: 128). Um die Kinderzahl niedrig zu halten, praktizierten viele Paare aktiv Empfängnisverhütung.⁴⁸ Viele Frauen trieben ab, so dass die Geburtenrate weiter sank (ebd.: 56). Dieser Entwicklung sollte – von ärztlicher Seite her – Einhalt geboten werden.

Die „neue Frau“ – die Verführerin

Der Erste Weltkrieg hatte den sozialen Wandel akzentuiert, der schon vorher im Gange war, und er hat ihn für alle offensichtlich gemacht. In den Augen konservativer Kreise verkörperte die „neue Frau“ die negativen Aspekte dieses Wandels,⁴⁹ da ihr Verhalten die sozialen Werte und Normen unterminierte. Deshalb wurde sie als Bedrohung aufgefasst und den

47 In diesem Zusammenhang muss der in den Sittenfilmen thematisierte Schwangerschaftskonflikt gelesen werden (vgl. Keitz 2005b).

48 Der *Coitus interruptus* war nach Usborne die meist verbreitete Methode, weil einfach anzuwenden und kostenlos, wogegen Kondome für viele Paare unerschwinglich waren (vgl. 1994: 46).

49 Kristen Reinert schreibt, dass sich die neuen Möglichkeiten und Rechte auch auf das Selbstbewusstsein der Frauen auswirkten, so dass die zeitgenössische Öffentlichkeit von einem neuen Frauentyp, von der ‚neuen‘ Frau sprach (vgl. 2000: 140).

Kritikern diene sie als Projektionsfläche der sozialen Probleme der Weimarer Republik.⁵⁰ So wundert es wenig, dass die Verführerinnen in den Aufklärungsfilmen dem Typus der „neuen Frau“ entsprechen. Sie sind allesamt jung, hübsch und scheinen unabhängig zu leben wie die Bekannte des Medizinstudenten in *FALSCHER SCHAM*. Sie arbeiten als Kellnerinnen, Verkäuferinnen und Prostituierte. Und sie setzen ihre sexuellen Reize offen ein. Somit sind sie Vertreterinnen jener Berufsgattungen, die Hubert Jaeger in der Erhebung von 1920 als Quellen der Ansteckung ausmacht (vgl. 1922: 70), wie rund zehn Jahre zuvor schon Hermann Müller und Emil Zürcher in ihrer Datenauswertung (vgl. 1912/13).

Der Medizinstudent in *FALSCHER SCHAM* wird von einer elegant gekleideten Frau verführt. Ungeniert streitet sie mit einer Nebenbuhlerin und wirbt um seine Gunst, schubst ihn aufs Tanzparkett und zerzt ihn anschliessend zu sich nach Hause. Ausstattung und Beleuchtung kreieren eine Welt des Luxus, in der sie ihren Körper im Tausch für materielle Werte einsetzt. Dabei agiert sie sehr aktiv und äussert ihre Wünsche direkt – konträr zur Vorgehensweise des weiblichen Ideals. Ähnlich präsentieren sich die Frauen in *FEIND IM BLUT*. Sind die Annäherungsversuche zuerst noch versteckt und zaghaft, gehen die Bardamen etwas später im Film weit offensiver vor. Der Sekt prickelt in den Gläsern, Perlen umschmeicheln den Hals, *back lighting* lässt die Haare der Frauen erschimmern. Lachend und rauchend suchen sie (Abb. 20) die Aufmerksamkeit der beiden jungen Männer auf sich zu ziehen, zwinkern mit den Augen und beugen sich einladend über den Tresen. Noch eine Stufe provokativer gibt sich die Frau, die Le Goff in *LE BAISER QUI TUE* in Marseille verführt. Allein betritt sie das Lokal, einen Ort, der bürgerlichen Frauen ohne männliche Begleitung verwehrt war. Und als ob es die selbstverständlichste Sache der Welt wäre, zündet sie sich eine Zigarre an, trinkt Wein und flirtet ostentativ. Immer wieder fährt sie sich dabei durch ihre kurzen Haare. Mit Genugtuung betrachtet sie sich im Spiegel; damit zeigt sie, dass sie um ihre Wirkung auf den Matrosen weiss. Sie geniesst nicht nur seine Blicke, die Art wie sie sich bewegt, offenbart ihre Freude am eigenen Körper.⁵¹

Die Frauen ähneln aber nicht nur durch ihr aktives Verhalten dem „neuen“ weiblichen Typ, sie tun es auch äusserlich. Alle tragen sie kurze Haare wie die *Garçonne*, die öffentlich raucht und sich sehr modisch und sexy kleidet (vgl. Canning 2005: 47).

⁵⁰ Ich betrachte hier die deutschen Verhältnisse stellvertretend auch für Frankreich und die Schweiz. Obwohl es in der Schweiz keine Millionenstädte gab, wurden ähnliche Probleme diskutiert (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 148f.). Ausserdem ist zu beachten, dass die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Filme grossstädtische Verhältnisse wiedergeben. Selbst der Schweizer Beitrag *FEIND IM BLUT* wählte als Handlungsort Berlin. Dies auch, um die Chancen für eine Auswertung des Films in Deutschland zu erhöhen (vgl. Egli 1999: 75).

⁵¹ Sich selbst zu ‚lieben‘, wurde von der Kirche aber auch von der Medizin über Jahrhunderte vehement bekämpft. So galt auch Onanie lange Zeit als krankmachend (vgl. Sarasin 2001).



Abbildung 20: Eine der ‚verführerischen‘ Kellnerinnen in FEIND IM BLUT.

Das zur Schau gestellte sexuelle Begehren ist zwar aufreizend inszeniert, soll allerdings auch abstossend wirken. Was eigentlich bezaubernd und attraktiv sein sollte, wird in den Filmen ins Gegenteil verkehrt und negativ konnotiert. Am Beispiel von *FEIND IM BLUT* wird dies offensichtlich. Die Verführung geschieht stufenweise, der Medizinstudent und sein Freund ‚wandern‘ von Lokal zu Lokal, bis sich Letzterer mit der ‚hässlichsten‘ aller Kellnerin einlässt. Verzücken die Bardamen in den ersten Lokalen noch durch ihr hübsches Aussehen, durch gepflegte Kleidung und strahlendes Lächeln, so hat der Alkohol die Wahrnehmung des Mannes während der Saftour derart benebelt, dass er die ‚Hässlichkeit‘ der letzten Kellnerin (Abb. 21) nicht sieht. Die Beleuchtung der Szene imitiert seine Sicht. Der Lichtschweif um ihren Hinterkopf erzeugt einen goldenen Schein und lässt das Gesicht im Halbdunkel ‚geheimnisvoll‘ erscheinen. Nach durchzechter Nacht torkelt er mit ihr die Strasse entlang, derweil der Medizinstudent allein in den morgendlichen Strassen Berlins nach Hause geht. Und da offenbart sich für die Zuschauer das wahre Gesicht des Geschehens. Noch wischt kein Sonnenstrahl das nächtliche Treiben fort, stattdessen glänzt das feuchte Pflaster schmierig und dreckig. Eine alte Hure klaubt ein paar Geldscheine aus ihrem

Strumpf. In diesem Augenblick hat die Nacht ihre Illusion verloren und der Abgrund hinter der amourösen Eskapade wird erahnbar.



Abbildung 21: *Back lighting* verleiht der Kellnerin in FEIND IM BLUT eine ‚geheimnisvolle‘ Aura.

Die Umwertung der Sexualität der Frau findet über die Bildsprache statt. Ihr sexuelles Begehren ist nicht nur sozial anrühend, sondern krank machend. Denn hinter den strahlenden Gesichtern, in den wollüstigen Körpern verbirgt sich die Krankheit. Was schon beim Kuss problematisiert wurde, kennzeichnet die „neuen“ verführerischen Frauen überhaupt: Ihr ‚aktives‘ Sexualverhalten wirkt aus medizinischer Sicht pathologisch, aus gesellschaftlicher Sicht moralisch verwerflich. Diese Wertungsweise korrespondiert mit der christlich-religiösen Ikonografie. Das Bild der ‚Schönen‘, deren Antlitz sich als Schein entpuppt, erinnert an Illustrationen der mittelalterlichen Ermahnungsliteratur: *vanitas* und *memento mori*. Die *vanitas* (Nichtigkeit, Eitelkeit) thematisiert die Vergänglichkeit des irdischen Lebens. Verkörpert wird sie durch eine schöne Frau, die sich eine Maske mit ihrem Konterfei vor das Gesicht hält. Hinter der Maske versteckt sich der Tod. Die Filme legen die Lektüre nahe, die Verführerinnen als direkte Quelle der Ansteckung zu sehen. Die Anspielung auf die

vanitas unterschiebt sodann eine weitere, moralisch-christliche Bedeutungsebene, so dass die „neue Frau“ mehrfach negativ konnotiert sind.

Die Ehefrau – das Opfer

Dagegen verkörpern die Ehefrauen die traditionellen bürgerlichen Werte. Dazu gehören, wie Kristen Reinert aufzählt, ihre Unterordnung unter die Autorität des Ehemannes, die sexuelle Abhängigkeit von ihm und die klassische Rollenverteilung, in der sich ihr Arbeitsfeld auf das Haus und die Familie beschränkt.⁵² Die verheiratete Frau sollte nicht berufstätig sein. War sie es dennoch, falls ihr Mann es erlaubte, wurde dies sehr abwertend betrachtet. Die Gesetzgebung billigte dem Mann die alleinige Entscheidungsgewalt in ehelichen Angelegenheiten zu. Er hatte das Recht über den Wohnsitz zu bestimmen und das Vermögen der Frau zu verwalten. Ohne Einwilligung des Mannes durfte sie keine Auslandsreise unternehmen, kein Bankkonto eröffnen und keinen Beruf ausüben (vgl. K. Reinert 2000: 176). Der deutsche Frauenarzt Max Flesch kritisierte wiederholt die Gesetzgebung, welche die Frauen derart benachteilige. Steckte nämlich ein Mann seine (unwissende) Ehefrau mit einer Geschlechtskrankheit an, so schützte ihn das Arztgeheimnis, während sie den Unschuldsbeweis kaum erbringen konnte. Sie hätte ein Gesundheitsattest *vor* der Ehe vorlegen müssen. Dies hatte fatale soziale und wirtschaftliche Folgen für sie. Denn ohne Nachweis konnte sie keine Nichtigkeitserklärung der Ehe beantragen, die der Frau wieder die vollen sozialen Rechte vor der Ehe zuerkannt hätte (vgl. Flesch 1913: 9-14).⁵³ Auch Frauenrechtlerinnen kritisierten das Eherecht heftig. Dennoch favorisierten auch sie – trotz der offensichtlichen Benachteiligung der Frauen – die Ehe als Lebensform, weil sie Liebesverbindungen rechtlich und sozial legitimierte und weil sie das soziale Ansehen steigerte, wie Reinert ausführt (2000: 178). Dass die Verheiratung die beste Lösung für die Frauen sei, fand somit in allen Kreisen Zustimmung, seien sie nun konservativ oder sexualreformerisch.

Als Gegenpol zur „neuen Frau“ wurde die Ehefrau auf ihre „natürliche“ Rolle fixiert. IMediziner aller ideologischen Richtungen bemühten sich, den Frauen einen naturbedingten Wunsch nach Kindern zu unterstellen. So konstatierte der Sexualreformer und Frauenarzt Theodor van de Velde bei allen Frauen einen „Hang zur Mutterschaft“, einen „Schrei nach

⁵² Nach bürgerlichen Vorstellungen lag die Berufung der Frau im Privatbereich, der komplementär zum öffentlichen gedacht war. Angelika Linke weist darauf hin, dass der Salon der einzige Ort war, an dem sich Privatheit und Öffentlichkeit überschneiden, wo sie „in der offiziellen Rolle als Dame des Hauses auftreten“ konnte (Linke 1996: 174).

⁵³ Flesch beklagt, dass der Sachverhalt sogar oft umgekehrt werde, wie dies einer von ihrem Ehegatten angesteckten Frauen geschah: Der Mann beschuldigte sie, der Grund für die Unfruchtbarkeit (als Folge des Trippers) liege allein bei ihr, da er kurz vor seiner Heirat ein uneheliches Kind gezeugt habe. Kommt es in solchen Fällen zur Scheidung, trägt sie die Schuld und verliert sowohl die Mitgift als auch die soziale Stellung (vgl. Flesch 1913: 11).

dem Kinde“, und der Gynäkologe Max Runge sah den „Hauptinstinkt der Frau“ in der „Kindersehnsucht“, schreibt Reinert. In vollendeter Weise finde sich die „Glorifizierung der Mutter in der Schollen- und Fruchtbarkeitsverknüpfung“ bei dem Sexualreformer Magnus Hirschfeld. Dieser schreibt: „Die echte Mutter ist tatsächlich unter allen Menschentypen das vollendeste Geschöpf [...] Jede Mutter ein Stück Erde – nicht nur in ihrer Fruchtbarkeit, sondern in ihrer selbstlosen, unendlichen Sorge und Treue“ (Hirschfeld zit. in Reinert 2000: 160.)

Wie die Verführerinnen die negativen Aspekte, so repräsentieren die Ehefrauen in den Aufklärungsfilmen die zeitgenössischen, konservativ gestützten Werte. Entsprechend ist das Glück oder eben Unglück aller Angetrauten aufs Engste mit der Mutterschaft verknüpft. Mit der Geburt des Kindes werden die Anstrengungen der Figuren belohnt, wie im Fall Annas in *FALSCHES SCHAM*. Die französischen Titel *ON DOIT LE DIRE* oder *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS* messen das Glück gar in der Anzahl Kinder ab. Dagegen stösst das Ausbleiben einer Schwangerschaft beziehungsweise die Unfruchtbarkeit die Frauen in tiefes Leid, wie etwa die junge Kranke in *FALSCHES SCHAM*, die den Sanitätsrat auf dem Weg in den Operationssaal noch anfleht, ihr zu helfen. Wird ein Kind aber syphilitisch geboren, löst dies eine familiäre Katastrophe aus. In *FEIND IM BLUT* bringt sich die junge Arbeiterfrau um, indem sie den Gashahn aufdreht, um sich und ihrem Kind die Schande der publik gewordenen Krankheit zu ersparen. Während sie stirbt, überlebt das Kind.

Die klare Wertzuschreibung macht die Ehefrauen, da sie Opfer der Promiskuität ihrer Männer sind, zu Märtyrerinnen und sichert ihnen immerhin das Mitleid der Zuschauer zu. Herzzerreissend ist die Szene, in der Leonie in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, gezeichnet von der Syphilis, mit der sie ihr Mann angesteckt hat, allmählich dahinschwindet. Nur wenige Augenblicke zuvor, im Angesicht des Todes, hat sie Hartwig, ihrem Ehemann, verziehen. Nun liegt sie da. Ihr Gesicht ist so weiss und rein wie das Kissen, auf dem ihr Kopf ruht, und das Laken, das ihren Körper umhüllt (Abb. 22). Dieser wölbt sich kaum merklich, so dass sich die ganze Figur in der Helligkeit des Lichts – verklärt und rein – aufzulösen scheint. Eine Beleuchtung ist installiert, wie sie für biblische Darstellungen typisch ist. Im Moment des Todes umfängt Leonie eine Aura des Märtyrertums – auch wenn sie nicht ganz frei von Schuld ist.

Denn der Unterschied zwischen Ehefrau und Verführerin ist nicht so eindeutig, wie die ideologische Überhöhung der Sterbenden nahelegt. Ein leichter Misston mischt sich in Leonies Sterbeszene. Ihre Charakterisierung unterscheidet sich nämlich in den beiden Fassungen insofern, als die Kopie der Cinémathèque in Toulouse Szenen im Vorfeld der Verlobung mit Hartwig enthält, die in der anderen fehlen. Dabei kommt im Gespräch mit ihrem Vater ans Licht, dass Leonie schon mehrmals verlobt war. Als Tochter eines reichen



Abbildung 22: Leonie, die Ehefrau des Malers Hartwig in *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?*, stirbt an den Folgen der Syphilis.

Industriellen ist sie gewohnt zu bekommen, was sie wünscht. Den Männern gegenüber hat sie sich sehr wählerisch verhalten, wie ihr Vater kritisiert. So zielt seine Kritik darauf, dass sich Leonie zu ‚modern‘ und zu wenig ‚traditionell‘ benimmt. Auch wenn Leonie nicht arbeitet, so ähnelt ihre Person stark der „neuen Frau“. Trotz dieses Unterschieds wird auch in der Fassung der Cinémathèque française deutlich, dass ihr Verhalten und ihr offensichtliches sexuelles Begehren eklatant mit dem Verhalten ihres ehemaligen Verlobten, dem Arzt Georg Mauthner, kontrastieren. Während er sich aufopferungsvoll um die Kranken kümmert, sitzt sie dem Maler Modell. Und während er still leidet, freit sie aktiv um Hartwig, was umso verwerflicher wirkt. Dadurch wird der Sterbeszene ein bitterer Unterton beigemischt, so dass ihr Tod, obwohl ins Mythisch-Religiöse überzeichnet, ein Quäntchen Strafe enthält.

Die Frau als Erzieherin

Aus aufklärerischer Sicht sind die Frauen noch aus einem weiteren Grund interessant. Erst durch ihre Erkrankung werden die Geschlechtskrankheiten thematisiert. Dies trifft auf

Hartwig, der sich erst mit Leonies Erkrankung der Verantwortung stellen muss, wie auf die Freunde in Benoît-Lévys Film zu. Die Missgeburt der Tochter bei Charles beziehungsweise der Tod des Neugeborenen bei Jacques machen die Syphilis der Väter publik. Die Entdeckung erlaubt den Ärzten wiederum einzugreifen. Ähnlich verhält es sich mit Anna in *FALSCHER SCHAM*. Es ist Mertens, der sie ansteckt, aber sie ist es, die ihn – mithilfe des Sanitätsrats – dazu bringt, sich behandeln zu lassen. Damit sind gleich zwei elementare Faktoren genannt, die die Frauen unentbehrlich für die Aufklärungsarbeit machten. Durch sie wurde das Thema in die Familie getragen und, weil sie sich als Mütter besonders um das Wohlergehen ihrer Kinder sorgten, waren die Frauen empfänglicher für Hygienemassnahmen und Verhaltensregeln als ihre Ehemänner.⁵⁴

Dass sich die Filme zu einem wesentlichen Teil an die Frauen wandten, zeigte schon das Beispiel von *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*. Auf seinem Gang durch die Klinik trifft Charles – mit Ausnahme des Ehemannes am Schluss – ausschliesslich auf Mütter mit oder ohne ihre Kleinkinder. An den Patientinnen demonstrieren die Ärzte die Kuren sowie die richtigen Verhaltensweisen. Von ihnen wird erwartet, dass sie die sozialmedizinischen Massnahmen in die Familien tragen und deren Durchsetzung überwachen. Diese Aufgabe macht sie zu Verbündeten oder zu einer Art ‚Helferinnen‘ der Ärzte. Dabei werden die Frauen einmal mehr in ihrer angestammten und ‚natürlichen‘ Rolle bestätigt und bestärkt: Mutter und Erzieherin.

Das Beispiel von Anna in *FALSCHER SCHAM* zeigt, dass die Mediziner in der Zusammenarbeit mit den Frauen auf die Methoden und den Einfluss der Kindererziehung für die Aufklärung der Geschlechtskrankheiten bauen. Im Gegensatz zum Arzt verfügen sie zwar weder über die medizinischen Kenntnisse noch über die soziale Stellung, um ihre (Ehe-)Männer zu einer Behandlung zu bewegen. Dennoch vertrauen die Mediziner auf den Einfluss, den die Frauen innerhalb der Familie haben. Das in den Filmen demonstrierte Vorgehen der Mediziner macht die Frauen zu Komplizinnen im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten und Promiskuität. In der Familie die sittlich-moralischen Werte einzufordern, bedeutete laut impliziter Wertung zugleich, dass die Frau zuallererst gegen die eigene ‚Natur‘ anzukämpfen hat. Bedenkt man, wie oben dargelegt, wie stark der Diskurs über die Geschlechtskrankheiten die weibliche Sexualität zusätzlich negativ konnotierte, so wird auch klar, wie sehr die Protagonistinnen im Paradox zwischen sozialem Anspruch und individuellen sexuellen Bedürfnissen gefangen sind.

Die Untersuchung der Figuren belegt, mit Bezug auf Suleimans Kriterien, dass in den Aufklärungsfilmern die Frauen das Wertesystem repräsentieren. Dabei verkörpern die jungen

⁵⁴ Die Argumentation folgte einmal mehr der biologischen Sichtweise, wonach der Mutter-Kind-Relation die Sorge um die Nachkommen inhärent ist.

Verführerinnen die negativen Werte, während sich die Ehefrauen, obwohl sie oft die Opfer ihrer kranken Ehemänner sind, normgerecht verhalten. Schauplatz der Wertedebatte ist die Familie.

4.2.5 Das Interventionsfeld der Disziplinierung

Die Familie ist also der Ort, wo die medizinischen und sexualkonformen Massnahmen durchgesetzt werden, und die Frau ist diejenige, durch die und über die die Massnahmen verhandelt und verankert werden. Beide Merkmale sind nach Foucault fundamental für die Etablierung und Entfaltung von Macht in der Gesellschaft. Es geht um Techniken und Praktiken, mit deren Hilfe auf die Bevölkerung, auf die Verhaltensweise der Individuen eingewirkt werden soll. Als eine „Art des Regierens“ fasst Sarasin das Prinzip der *Gouvernementalität* zusammen, mit der Foucault eine bestimmte Form staatlicher Machtausübung bezeichnet (vgl. Sarasin 2005: 177). Bereits in *Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit 1* hat Foucault dargelegt, dass, wenn man bei der Bevölkerung hinsichtlich des Sexualverhaltens, der Demographie, der Kinderzahl oder des Konsums etwas erreichen wolle, man über die Familie vorgehen müsse. Die demographische Durchleuchtung belegt, dass „Ortswechsel“, bestimmte „Handlungsweisen“ oder „Tätigwerden“ spezifische ökonomische Effekte haben (Foucault 2000: 60). Daher sei für eine Führung der Gesellschaft als Ganzes eine Führung im Detail, das heisst: der Familie, nötig. Unter *Gouvernementalität* versteht der Philosoph mithin die „Verfahren, Analysen und Reflexionen“, die „Berechnungen“ und „Taktiken“, „die es gestatten, diese recht spezifische und doch komplexe Form der Macht auszuüben“ (Foucault 2000: 64.) Es geht also um eine Technik des Regierens, die die Familie nicht als Element der Bevölkerung auffasst, sondern als „Ebene der Instrumentalisierung“ (ebd.: 61).

Ein Instrument, um in die Familie vorzudringen und die einzelnen Mitglieder zu erreichen, ist das „Reden über Sex“ (Foucault 1983: 21, 39). Mit den Geschlechtskrankheiten wird der Diskurs über die Sexualität in die Familie getragen und kann sich verbreiten und bis in die ‚feinsten Ritzen‘ weiter vermehren. Die Erkrankung macht es nötig, dass Promiskuität, sexuelle Praktiken und Persionen, Enthaltsamkeit etc. thematisiert, dass über den ausserehelichen Sex, über Triebe und Begehren, über die Sexualität des Mannes wie der Frau geredet werden muss. Foucault schildert vier Bereiche, über die der Diskurs abläuft: die „*Hysterisierung des weiblichen Körpers*“, die „*Pädagogisierung des kindlichen Sexes*“, die „*Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens*“ und die „*Psychiatisierung der perversen Lust*“ (ebd.: 126f.). Ersterer sieht den weiblichen Körper von Sexualität durchdrungen, der aufgrund seiner ihm immanenten pathologischen Tendenz in die medizinischen Praktiken integriert werden muss. Hierzu wird der Frauenkörper in organische Verbindung zum Volkskörper gebracht, um die Fruchtbarkeit zu regeln. Der zweite Bereich beurteilt die

sexuelle Neugier und Entdeckungslust des Kindes als Aktivitäten, die die kindliche Entwicklung stören und deshalb verhindert werden müssen. Der dritte medizinisiert die Praktiken der Geburtenkontrolle.⁵⁵ Schliesslich werden normwidrige Sexualverhalten als Anomalien taxiert – d. h. der Ehebruch des Mannes wird als Perversion angesehen –, die es zu isolieren und zu beobachten gilt. Mit Ausnahme des letzten Punkts sind es vor allem die Frauen, über die oder durch die der medizinische Zugriff erfolgt.

Diskursiv konstituierte sich also ein Netz von Techniken, Sichtweisen, Wissen und Praktiken, die Foucault als Sexualdispositiv zusammenfasst, um Sexualität und Fruchtbarkeit zu kontrollieren und darüber hinaus Bevölkerungspolitik zu betreiben. Dabei lässt obige Auflistung erahnen, welch gewichtiges Argument die Geschlechtskrankheiten dabei bildeten. Als Erstes ermöglichten sie den Zugriff auf die Familie, in der das Sexualdispositiv installiert wurde. Vorgeblich zur Vermeidung weiterer Ansteckung trieb aber gerade der Diskurs über Syphilis und Tripper die Medizinisierung und Pathologisierung der Sexualität voran. Damit hatte sich der Diskurs genau dort eingenistet, wo sich die Macht entfalten und wo sie als Mittel der Entfaltung dienen konnte (vgl. ebd.: 46). Es etablierte sich ein Machtsystem, das von innen heraus funktionierte und das durch Regeln, Verbote und Vorschriften gestützt und zusammengehalten wurde, indem sich der Kontrollbereich permanent ausweiten liess, um über die Einzelnen die Furchtbarkeit der Gesellschaft als Ganzes zu regulieren. Für Foucault ist „die Familie der Kristall im Sexualdispositiv“ (ebd.: 134), und der Sex ist das Scharnier zwischen der Disziplinierung des Körpers des Individuums und der Regulierung der Bevölkerung (1983: 173).

Foucaults Feststellungen zum Diskurs über Sexualität decken sich durchwegs mit den Ausführungen von Marco Pulver, wonach die Seuchendiskurse in erster Linie zur Erziehung der Bevölkerung dienten. Zwar könne die epidemische Bedrohung nicht eindeutig nachgewiesen werden, immerhin hielt das Reden über mögliche Gefahren die Menschen aber in Angst und ebnete so den Boden für eingreifende soziale, hygienische, architektonische und medizinische Massnahmen (vgl. Kapitel 2; sowie Ruffié/Sournia 1987: 120.)

Die Filme repräsentieren den zeitgenössischen Diskurs und führen ihn fort. Mehr noch, sie sind ein Instrument zur Unterstützung und Erweiterung der Macht des Staates und vor allem der Ärzte, weil sie den Diskurs nicht nur vermehren und erweitern, sondern weil sie über die klaren Wertzuschreibungen Erziehungsgrundlagen anbieten. Sie zeigen auf, was richtiges Verhalten, welches falsch ist. Sie führen vor, was geschieht, wenn die ersten Symptome vernachlässigt werden oder man sich der Obhut eines Arztes anvertraut. Kraft

⁵⁵ Mit der Rechtsreform zum Abtreibungsparagraphen § 218, Mai 1926, verstärkte sich die Tendenz, Verhütung wie Abtreibung der Medizin vorzubehalten. Nur ausgebildeten Frauenärzten sollte es erlaubt sein, Aborte durchzuführen (vgl. Osborne 1994: 249; zur Debatte um die Strafbarkeit der Abtreibung vgl. Keitz 2005b: 35–53).

ihrer medialen Gestaltungsmittel wirken sie auf die mentalen Prozesse ein, indem sie die Aufmerksamkeit der Zuschauer auf sich ziehen und sie am fiktionalen Geschehen teilhaben lassen. Somit sind sie Werkzeuge aus der Sicht der Mediziner, ihre Botschaften zu verbreiten und ihrem Einfluss Geltung zu verschaffen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Narration und Figuren dazu dienen, das Publikum gesundheitspolitisch konform zu erziehen. Dazu setzten die Filmemacher die narrativen Elemente, orchestriert durch rhetorische Mittel, effektiv ein, wie dies Suleiman für den *roman à thèse* dargelegt hat. Die Aufklärungsfilme unterbreiteten sehr wohl medizinische Kenntnisse, im Fokus stehen jedoch die individuellen Verhaltensweisen, die als ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ taxiert und an Wertzuschreibungen gekoppelt sind. Über die Filme suchten die beratenden Ärzte (und die dahinterstehenden Standesorganisationen) nicht nur Botschaften zu vermitteln, sondern auch ihre Werthaltung und Normen gesellschaftlich zu verankern. Das Publikum, d.h. auch die Unterschichtsklasse, soll angeleitet werden, mittels Techniken der Selbstbeobachtung und -kontrolle das eigene Verhalten permanent zu überprüfen und sich zu disziplinieren.

Zugleich dienten die Filme dem ärztlichen Berufsstand als Plattform, um ihre Standesinteressen zu markieren und die eigene Machtentfaltung zu unterstützen. Sie boten ihnen die Bühne, sich im besten Licht zu präsentieren und die eigenen Anliegen als sozialmedizinische Notwendigkeiten zu legitimieren. Insofern sind die Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Instrumente des Diskurses, den sie aufnahmen, weitertrugen und vervielfachten. Auch wenn es vordergründig um die Geschlechtskrankheiten, deren Ursachen und Behandlungsmethoden ging, wurden dem Publikum gleichzeitig sozialökonomische und moralische Anschauungen und Werte unterschoben, um es machtpolitisch zu beeinflussen.

5 Schlussbemerkungen

5.1 Paradoxien der Aufklärung – ein Fazit

„[La syphilis] n’est pas une maladie honteuse, mais il est honteux de la transmettre.“ Die Krankheit an sich ist nicht beschämend, sie zu übertragen hingegen schon. Der erste Teil des Satzes referiert auf die Intention der Mediziner, die Krankheiten möglichst wissenschaftlich-sachlich darzustellen, um ihnen die Aura des Schrecklichen zu nehmen. Mit der Vermittlung medizinischen Wissens über die Geschlechtskrankheiten, so das Ziel der Dermatologen, sollten die Zuschauer die Gefahr, die von Gonorrhö und Syphilis ausgingen, erkennen und entsprechend verantwortungsvoll handeln. Der zweite Teil bezieht sich auf den erzieherischen Aspekt, dem zweiten Ziel der Aufklärung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, und appelliert an das moralische Ehrgefühl des Einzelnen, ihm nahestehende Personen nicht zu gefährden. Beide Funktionen, die in den Aufklärungsfilmen medienspezifisch umgesetzt sind, haben auch das Vorgehen und die Methoden der vorliegenden Untersuchung bestimmt. So habe ich die Filme hinsichtlich der Darstellung und Informationsvermittlung der medizinischen Inhalte sowie die narrative Verknüpfung der aufklärerischen Botschaften mit den Handlungsweisen der Figuren analysiert. Dies habe ich gemacht, indem ich die Lektüeranleitungen und Bedeutungsgenerierung, wie sie in den Filmen angelegt sind, herausgearbeitet und in Beziehung gesetzt habe mit den historischen, politischen, medizinischen und sozialen, aber auch den filmästhetischen und filmhistorischen Diskursen. Dabei wurden die didaktischen, narrativen und emotionalen Strategien offengelegt, die den Belehrungsbeziehungsweise Erziehungsprozess steuerten. Aus der Untersuchung resultieren folgende Ergebnisse.

Aufklärungsfilme im Dienst der Volksbelehrung und Volkserziehung

Die erste Funktion der Aufklärungsfilme ist die Belehrung, der sich das Kapitel 3 widmet. Denn nur, wer über die Gefahren einer Ansteckung Bescheid weiss, kann sich auch davor schützen, war schon Joseph Jadassohn überzeugt (vgl. [1903]). Zur Veranschaulichung der

zu vermittelnden Sachverhalte verwendeten die Filmemacher Aufnahmen von Patienten und ihren Symptomen, die grösstenteils aus der medizinischen Forschung stammten. Im Rahmen der Nosologie diente das technische Bildgebungsverfahren der Registrierung und Dokumentation der pathologischen Merkmale. Ähnlich wie Lisa Cartwright in *Screening the Body* (1997) habe ich gezeigt, wie der Darstellungsmodus die Symptome aus der körperlichen Ganzheit herauslöst, sie hervorhebt und betont. Dadurch erscheinen die Patientenkörper segmentiert und fragmentiert. Weiter habe ich dargelegt, dass damit ein Perspektivenwechsel verbunden ist, wie sich die Krankheit für den Patienten – von innen – anfühlt und wie er – ähnlich wie der Zuschauer – sie von aussen betrachtet. Der „klinische Blick“ im Sinne Cartwrights, wie er durch die institutionale Anordnung auf das Objekt gerichtet ist, überträgt sich, gegeben durch den Apparat, vom (untersuchenden) Arzt auf den Zuschauer, so dass sich Fremd- und Selbstwahrnehmung verschränken.

Über dies hat die detaillierte Befragung des medizinischen Filmmaterials aufgedeckt, wie der kinematographische Apparat den Aussagegehalt modelliert. Licht und Schatten lassen die Merkmale plastisch hervortreten. Zwar stehen die Mittel im Dienst der Sichtbarmachung innerhalb der Nosologie, doch darüber hinaus gerät die Darstellung so effektiv, dass sie auf Laien ekelerregend wirken kann. Durch die Insbildsetzung der Symptome werden diese, das habe ich in Anlehnung an Barthes (1988) herausgearbeitet, mit Bedeutung versehen. Im Rahmen der Nosologie konstituieren die Aufnahmen der Patienten und ihrer Krankheitsformen das medizinisch-wissenschaftliche „Rohfaktum“. Im Akt der Sichtbarmachung und Zuschreibung – seien es etwa klebriger Tränenfluss oder knötchenartige Verhärtungen an den Lippen – wird das Zeichen zum Symptom und damit semantisch aufgefüllt. Bei den genannten Merkmalen handelt es sich beim ersten um eine Begleiterscheinung des Augentrippers, beim zweiten um den weichen Schanker, einen Primäraffekt der Syphilis. Der Kontext setzt das jeweilige Symptom, das auch bei einer anderen Infektion auftreten kann, mit der Krankheit in Beziehung und schreibt diese fest.

Schliesslich lädt die innerfilmische Kontextualisierung die Symptome Barthes zufolge zusätzlich semantisch auf und konnotiert sie. Durch das Vorführen der Kranken werden sie in spezifische Kontexte gestellt, wodurch die Krankheit semantisch mit moralischen Normen verknüpft wird. Am Beispiel der Männer in *UNE MALADIE SOCIALE*, die an Erbsyphilis leiden, habe ich aufgezeigt, inwiefern die Insbildsetzung, die sich an der Verbrecherfotographie orientiert, die Patienten in die Nähe von Kriminellen stellt. Ähnlich ist die Darstellung der Kranken mit *Tabes dorsalis* („Rückmarksschwindsucht“, wie es in den Filmen heisst), welche die Einschränkung der Bewegungsfunktionen blossstellt. Einzelne Patienten wie der Mann in *DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN* sollen Alltagshandlungen verrichten und sich z. B. ankleiden. Doch der Kranke ist mit der Aufgabe gänzlich überfordert, was ihn bemitleidenswert und zugleich lächerlich erscheinen lässt. Obgleich dem medizinischen

Bildgebungsverfahren verpflichtet, wie es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit der Photographie entwickelt wurde, werden die Geschlechtskrankheiten, wie die untersuchten Beispiele belegen, negativ konnotiert. Die von den Dermatologen angestrebte Entstigmatisierung der Geschlechtskrankheiten wird somit durch die „medizinisch-wissenschaftliche“ Darstellungsweise, die nicht objektiv, sondern klar ideologisch ist, unterminiert.

Die zweite Funktion der Filme gilt der Erziehung, um die Zuschauer zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Die filmische Umsetzung dieser Aufgabe habe ich in Kapitel 4 untersucht. Die Wirkung ist effektiver und nachhaltiger, postuliert der deutsche Arzt Waldemar Schweisheimer (1920), wenn die Botschaften dramatisch aufbereitet sind, so dass die Zuschauer zur eindringlichen Anteilnahme verleitet werden. Das Gebot der Eindringlichkeit und Verständlichkeit verlangt andere Darstellungsformen, solche, wie sie für den Spielfilm typisch sind. Aus diesem Grunde verpackten die Filmemacher der teil- und fiktionalen Filme den pathologischen Verlauf der Geschlechtskrankheiten in Spielhandlungen. Statt ‚reale‘ Menschen stecken sich fiktionale Figuren mit Syphilis oder Gonorrhö an; sie erkranken und ignorieren die ersten Symptome. So erleben die Zuschauer mit, welche Naivität die Protagonisten umtreibt oder welche Ängste sie durchleben, bis sie sich schliesslich einem Arzt anvertrauen und behandeln lassen. Das Verweben von erzieherischen Botschaften mit narrativen Handlungen ist charakteristisch für den Bildungsroman. Mithilfe der von Susan Suleiman (1993) herausgearbeiteten Kriterien habe ich die den Filmen zugrunde liegenden pädagogischen und rhetorischen Strategien eruiert. Diese Verfahren garantieren eine Engführung der Lektüre und fördern die Eindeutigkeit des zu Interpretierenden.

Laut Suleiman ist das Ziel des Bildungsromans im Sinne des *roman à thèse*, das Verhalten der Leser aufgrund der dargestellten Lebenssituationen zu verändern. Dabei operiert der *roman à thèse* mit einer expliziten Appellstruktur, dessen strategische Mittel folgende sind: Redundanz, duales Wertesystem und eine übergeordnete Doktrin (vgl. ebd.: 25–61). Der Aufklärungsfilm verwendet dieselben Mittel, wie meine Analyse offengelegt hat. So äussert sich die Redundanz in den untersuchten Filmen sowohl in den erzählten Geschichten als auch in der stereotypischen Figurenzeichnungen. Entsprechend folgt das Narrativ der Ansteckung einem festgelegten Muster: Die Protagonisten stecken sich während eines vorhelichen Sexualkontakts an, vermeintlich geheilt heiraten sie und übertragen die Krankheit auf ihre Frauen und diese stecken ihrerseits die Nachkommen an. Die Figuren handeln nicht individuell, sondern nach vorgegebenen Verhaltensmustern. Des Weiteren sind die Filmemacher davon ausgegangen, dass Protagonisten und Zuschauer ähnliche Persönlichkeitsprofile aufweisen und dieselben Werthaltungen teilen. Die Zuschauer, eingeladen zum empathischen Mitleiden und -erleben, sollten durch den Erkenntnisprozess, den die Figuren durchlaufen, ebenfalls überzeugt werden. Diese Mitgehensweise legen die in den Filmen immanenten Lektüreanweisungen nahe. Am Beispiel von Charles aus *IL ÉTAIT UNE FOIS*

TROIS AMIS habe ich den Überzeugungsprozess (im Sinne der Psychagogie) deutlich gemacht. Dabei fungiert Charles nicht nur als Figur, an der der Erkenntnisprozess verdeutlicht wird, sondern auch als Modell-Rezipient, der den anvisierten Lektüreprozess durchläuft.

Sowohl Bildungsroman wie Aufklärungsfilm lassen keinen Zweifel offen, welche Konsequenzen richtiges, d.h. konformes oder falsches Handeln nach sich zieht. Dazu ist den Handlungen und Bewertungen ein klares duales Wertesystem unterlegt. Die Analyse der narrativen Elemente hat gezeigt, dass über den Kuss als Kernelement der Verführung das Wertesystem etabliert wird und anhand der Frauenfiguren die zur Debatte stehenden Normen und Normverletzungen erörtert werden. Bei der Syphilis tritt der Primäraffekt an jenem Ort auf, an dem auch die Ansteckung erfolgt. Obwohl dies zu über 90 Prozent an den Genitalien ist, tritt dieser in den Filmen aus sittlich-ethischen Gründen am Mund auf (vgl. Lefèbvre 2000: 55f.). Der Kuss fungiert somit stellvertretend für den Sexualakt. Ausserdem sind es in den Filmen meist die Männer, die sich während eines vor- oder ausserehelichen Sexualkontaktes mit einer Geschlechtskrankheit anstecken. Dem Kuss, der die Übertragung evident macht, haftet somit ein deviantes Sozialverhalten an.¹ Dem Triebbeherrschungsmodell entsprechend untersteht die Sexualität der Reproduktionsideologie; entsprechend offenbaren die Geschlechtskrankheiten das normwidrige Verhalten (vgl. Puenzieux/Ruckstuhl 1994: 27). Im medizinischen Diskurs werden Kuss und Primäraffekt somit in eine Ursache-Wirkung-Relation gestellt, wodurch die nichteheliche Sexualität pathologisiert wird.

Auf der negativen Seite der Verhaltensskala steht die Verführerin, Prostituierte oder Kellnerin. Sie betört die ahnungslosen Männer mit ihrem Charme und reichlich Alkohol. Doch hinter dem lächelnden Antlitz lauert der Tod. In FEIND IM BLUT ist die Verbindung von Verführung und Syphilis durch die Filmmontage artikuliert. Wie ein Signal wirkt das Wort „Kuss“ in FEIND IM BLUT, und das Bild springt von der Moulage, die den Primäraffekt auf den Lippen zeigt, zur Kinnpartie der jungen Geliebten, wodurch angedeutet wird, dass sie krank ist. LE BAISER QUI TUE greift auf die christlich-religiöse Ikonographie zurück. Schockartig enthüllt sich da das ‚wahre‘ Gesicht der jungen Frau. Während sie sich über den Matrosen Le Goff beugt, um ihn zu küssen, ‚verwandelt‘ sie sich unvermittelt in ein Skelett. Das Bild der ‚Schönen‘ entpuppt sich in beiden Filmen als Schein und erinnert somit an Illustrationen der mittelalterlichen Ermahnungsliteratur: *vanitas* und *memento mori*.

Die Gegenspielerin der ‚bösen‘ Verführerin, somit auf der positiven Seite, ist die ‚gute‘ Ehefrau (in wenigen Fällen die Braut). Die Analyse ihres Figurenkonzepts hat ergeben,

1 Aus diesem Grund hatten die Sittlichkeitsvereine stets Prostitution und Promiskuität für die Geschlechtskrankheiten verantwortlich gemacht und ihren Kampf darauf konzentriert, wie in Kapitel 2 erläutert. Sie propagierten sexuelle Enthaltsamkeit; dieselbe Remedur verordneten die Mediziner.

dass sie die bürgerlichen Werte ‚verkörpert‘. Dazu gehören ihre Unterordnung unter die Autorität des Mannes und die Fixierung auf ihre ‚natürliche‘ Rolle: Ihre Berufung ist die Mutterschaft, ihre Verpflichtung die Familie und ihr Tätigkeitsfeld der Haushalt – analog der klassischen Rollenverteilung. Somit ruht auf der Ehefrau das konservative Familienmodell, das sie zu wahren hat.² Die sozialen Werte, welche eine Gesellschaft zusammenhält, waren durch die politischen und sozialen Veränderungen im Zuge des Ersten Weltkriegs bedroht. Die in den Filmen dargestellten Geschlechtskrankheiten können somit als ein Sinnbild für die Bedrohungen angesehen werden, denen sich die Gesellschaft als Ganzes – von innen heraus –, ausgesetzt fühlte. Die Filme führen diese Bedrohung exemplarisch am Leiden der ‚guten‘ Ehefrau vor. Die Konsequenzen der fehlgeleiteten Entwicklung manifestieren sich nämlich an ihrem Körper: Als Opfer der Promiskuität des Mannes macht der Tripper sie unfruchtbar und die Syphilis verursacht Behinderung, Fehl- oder Totgeburt ihrer Nachkommen. In der Folge bleibt der Ehefrau ihre ‚Bestimmung‘ als Mutter versagt. Darüber hinaus gefährdet die solcherart gestörte Reproduktion den Fortbestand der Nation. So lautete zumindest die zeitgenössische Argumentation. Das Leiden der Ehefrau wirkt wie eine Aufforderung an die Zuschauer, diesen ‚Fehltritt gegen die Natur‘ nicht weiter geschehen zu lassen. Der Appell wird noch verstärkt, in dem die Botschaften an Empathie und Emotionen gebunden sind. So sollen die Zuschauer mittels empathischer Anteilnahme am Leiden der Protagonisten, indem sie deren emotionales Erleben vergegenwärtigen, dieses zur eigenen Erfahrung machen, um sich anschliessend entsprechend leiten zu lassen.

Das dritte Kriterium des Bildungsromans ist laut Suleiman die übergeordnete Doktrin, sie wird in den Filmen durch die Ärzte artikuliert. Die Entdeckung der Geschlechtskrankheiten offenbart einen Normverstoss der Figuren. Das soziale, sittlich-ethische Wertesystem, das im bürgerlich-christlichen Familienmodell verankert liegt, bildet hierbei die Matrix nach der das Figurenverhalten bewertet wird. Beruf und soziale Stellung der Arztfigur prädestiniert sie in den Aufklärungsfilmen, die Aufrechterhaltung des Systems im Interesse des Staates zu fordern. Ich habe gezeigt, wie die fiktionalen Mediziner kraft ihrer Autorität nicht nur diese Werte repräsentieren, sondern deren Einhaltung auch von den kranken Protagonisten verlangen, indem sie den Erkenntnisprozess der Figuren leiten und sie der ärztlichen Obhut überführen. Ähnlich wie ihre ‚realen‘ Standesgenossen vertreten sie die Interessen des Staates, der eine ‚gesunde‘ Sexualität im Dienst der Fortpflanzung und der gesunden Nachkommen wünscht. Entsprechend dominierten die ‚realen‘ Ärzte die Gesundheitspolitik und behandelten die Syphilis und Gonorrhö als Symptome einer Gesellschaft, die in

2 Seit dem Ersten Weltkrieg waren die konservativen Geschlechterrollen zunehmend im Wandel begriffen (vgl. K. Reinert 2000). In der Realität waren immer mehr Frauen berufstätig und dadurch finanziell unabhängiger. Zudem praktizierten sie aktiv Empfängnisverhütung, denn die Kleinfamilie war Vorbild in der Moderne. Sinnbild dieser gesellschaftlichen Umwälzungen war die „neue Frau“, die der Verführerin entspricht.

ihren Fundamenten erschüttert war. Als Berater der meisten Produktionen waren sie am Transfer des Aufklärungsdiskurses in die Filme beteiligt, durch welche er verbreitet und weitergeführt wurde – wenngleich medienspezifisch modifiziert. Die Intention der Aufklärung dabei war, wie die Analyse ergeben hat, über den Geschlechtskrankheitendiskurs die staatliche Reproduktionspolitik zu verankern. Dies wird besonders deutlich, wenn sie den Protagonisten die katastrophalen Folgen der Erkrankung vor Augen führen. So gesehen dienten die Aufklärungsfilme im Sinne Marco Pulvers zur „Re-kalibrierung“ (1999), des konservativen Wertsystems, auf der diese Politik beruhte. Somit bestätigt sich die These, dass die Filme als Werkzeuge zur Steuerung sozialen Verhaltens fungierten, indem sie das Publikum zu situationskonformen Handlungsweisen anzuleiten suchten.

Die Wirkungsweise der Aufklärungsfilme

Aber hat die Aufklärungspropaganda wirklich den erwünschten Effekt erzielt? Nach dem Ersten Weltkrieg intensivierten die nationalen Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Zusammenarbeit mit staatlichen Behörden ihre Aufklärungsarbeit. Doch haben die Botschaften ihr Publikum erreicht? Änderten die Zuschauer tatsächlich ihr Verhalten dem Körper und der Sexualität gegenüber? Die Klärung dieser Fragen habe ich in der Einleitung in Aussicht gestellt. Doch wie kann die Beeinflussung aufgrund der Aufklärungskampagnen festgestellt werden? Lässt sich überhaupt ein direkter Zusammenhang zwischen Techniken des Körpers und Kinobesuch ohne Zuschauerbefragung eruieren? Im Folgenden soll versucht werden, diese Fragen für Zürich zu klären.

Es bieten sich zwei Möglichkeiten an, die Auswirkung eines Aufklärungsfilms auf das Zuschauerverhalten zu ermitteln: Die erste betrifft die Patientenzahlen aus den Behandlungszentren wie etwa der städtischen Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Zürich. Die Zahlen der sich zur Behandlung anmeldenden Patienten müssten während der Laufzeit eines Aufklärungsfilms signifikant ansteigen, um einen Einfluss abzuleiten, wie Waldemar Schweissheimer dies für *ES WERDE LICHT!* festgestellt hat (vgl. Schweissheimer 1920: 52). Er misst dessen Erfolg anhand des Zulaufs, den die Behandlungsstätten nach den Vorführungen erfahren haben. Aufschlussreich wären die Daten aus der Poliklinik auch deshalb, weil die Krankenstation in einem Arbeiterviertel der Stadt domiliziert war und die Klientel aus den unteren und kleinbürgerlichen Schichten stammte. So könnte festgestellt werden, ob tatsächlich auch diese Bevölkerungskreise erreicht wurden. Die Klinik war 1913 auf Initiative des Dermatologen Max Tièche eingerichtet worden und er leitete sie auch zusammen mit seiner Frau Sabine Tièche-Fatère. „Die Sprechstunden führte das Ehepaar zu einem grossen Teil kostenlos und zu späten Abendstunden durch, aus Rücksicht auf

die meist ärmlichen Verhältnisse und den Wunsch nach Anonymität für die erwerbstätigen Patienten“ (Geiges 2001: 48).

Aufschlussreich wäre hierbei ein Vergleich der Patientenzahlen innerhalb von drei Monaten. Dazu bietet sich die Zeitspanne von August bis Oktober 1926 an, weil in dieser Zeit zwei deutsche Aufklärungsfilme in Zürcher Kinos programmiert waren. So lief *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* vom 28. August bis 1. September 1926, also fünf Tage, im Programm des Kinos Bellevue, während *FALSCHER SCHAM* drei Wochen lang, vom 9. bis 30. Oktober, im Kino Orient zu sehen war.³ Wenn die Filme ein Umdenken bei den Zuschauern ausgelöst hätten, so müsste sich dieser Effekt als signifikante Abweichungen gegenüber den durchschnittlichen Patientenzahlen ablesen lassen. Doch leider sind bis bis dato nur zwei Jahresberichte (1924 und 1936) der Behandlungsstätte erhalten, so dass keine Aussagen über die Frequentierung der städtischen Poliklinik während dieser Periode gemacht werden können.

Die zweite Möglichkeit umfasst die Informationen, die über die Filme in der Presse erschienen sind, wie Ankündigungen, Werbung oder Rezensionen. Da *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* ein Spielfilm und *FALSCHER SCHAM* ein teilfiktionaler Aufklärungsfilm mit einem Hang zum Lehrhaften ist, liesse sich an ihnen zusätzlich eine Präferenz des Publikums für einen der beiden Vermittlungsmodi – lehrhaft oder dramatisch – ausmachen. Doch auch in den Zeitungen fallen die Ergebnisse mager aus. Immerhin findet sich für *DÜRFEN WIR SCHWEIGEN?* im *Tages-Anzeiger* vom 28. August 1926 neben der Anzeige eine ausführliche Ankündigung. Darin wird der Film als „beachtenswerte Gelegenheit“ vorgestellt, der „[nicht] moralisierend, nicht dozierend, nicht lehrhaft, sondern einfach mit dem Wissen, ganz naiv und voraussetzungslos einen Menschen unter Verzicht auf Psychologie darzustellen“ vermöge (wb. 1926). Besonders hervorgehoben werden die „Ausdrucksintensität“ von Conrad Veidt, der den „genusssüchtigen Lebemann“ mimt, sowie der Schluss, worin sich ein Bilddrama von mitreissender Kraft forme. Zwar zweifelt der Schreiber, dass der Film das Publikum „im Sturm nehmen“ werde, weil er zuviel „Fernliegendes“ aufwerfe, immerhin sichert er ihm wohlwollendes Entgegenkommen zu. Durch diesen letzten Satz mischt sich ein kritischer Unterton in die Ankündigung, die dem Film im Voraus abspricht, die intendierte Wirkung zu erzielen.

Dafür wurde *FALSCHER SCHAM* von der Zürcher Sektion der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (SGBG) breit unterstützt. Zum einen steht schon in der Anzeige im *Tagblatt der Stadt Zürich* vom 9. Oktober 1926, dass die Sektion den Filmbesuch empfiehlt (vgl. o. A. 1926b). Zum anderen wirbt sie in einem viertelseitigen Inserat für das Werk. Einmal mehr wird darauf hingewiesen, dass von den Geschlechtskrank-

3 Die Spielzeit wurde zweimal verlängert aufgrund des „starken Besuchs der Vorstellung“, wie es in der Ankündigung heisst (o. A. 1926a).

heiten die schwersten Gefahren für das Volkswohl ausgehen, weshalb eine zielbewusste und ernste Aufklärungsarbeit eines der vornehmsten Ziele der Bekämpfung sei (vgl. Die Sektion Zürich der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1926). Darüber hinaus erschien unter der Rubrik „Frauen-Rundschau“ eine ausführliche Würdigung des Films (vgl. gt. 1926). Es fragt sich, ob die breite Zustimmung von renommierter Seite die Leute bewog, ins Kino zu gehen, und so dem Film zu einem Erfolg verhalf. Denn die Informationen in der Presse beinhalten vor allem Aufforderungen an die Leserschaft, sich die Filme anzuschauen. Sie geben im besten Fall die Meinung des Schreibers, der Schreiberin wieder, enthalten aber keine Hinweise, wie der empirische Zuschauer die Filme aufgenommen und sich durch die filminhärenten Botschaften bewegen liess. Immerhin blieb der Film drei Wochen im Programm, wurde gar wegen „starken Besuchs“ zweimal verlängert. Das heisst, in Zürich vermochte FALSCHES SCHAM mehr Zuschauer anzusprechen als DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? – dies ein Widerspruch zu Schweisheimers Beobachtung.

Trotz dieser offensichtlichen Bevorzugung ist die Datenlage für Zürich zu klein, um konkrete Aussagen über die Aufnahme der Filme beim heimischen Publikum zu machen. Eines zeigen die Pressemitteilungen hingegen. Der Modus, wie in den Zeitungen über die Aufklärungsfilme zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschrieben wird, stimmt mit der kinoreformerischen Auffassung überein. Ein Anliegen der Kinoreform war es mittels Film zur Volksbelehrung beizutragen, und diesem Anliegen entsprechen die Aufklärungsfilme.

Die bisherigen Ausführungen haben erst gezeigt, welche Sachverhalte in den Filmen verhandelt wurden und welche Intentionen sie verfolgten. Weiter unklar bleibt hingegen, ob sie ihr Ziel bei den Rezipienten erreichten und sich diese beeinflussen liessen. Ergiebiger scheint mir daher, die Frage zu modifizieren. In Kapitel 4 habe ich nach den Adressaten gefragt: An wen richteten sich die Filme tatsächlich? Sinnvoller scheint mir nun zu fragen, wer von der Aufklärung profitierte. Worin liegt der eigentliche Nutzen der Aufklärung? Zur Klärung dieser Fragen möchte ich sozialwissenschaftliche und moralphilosophische Überlegungen anstellen.

Selbstaffirmation durch Abgrenzung

Im Weiteren gehe ich davon aus, dass sich die Wirkungsweise in der Übernahme der in den Filmen vorgeführten Normen und Verhaltensregeln manifestiert. Dafür muss sich das Publikum in den Geschichten wiedererkennen, aber auch die Handlungsweisen nachvollziehen können, wie sie filmisch dargestellt sind. Das heisst, für den empirischen Zuschauer müssen dieselben Normen und Werte gelten, beziehungsweise er erkennt sie als für sich geltend an. Auch das kann nicht empirisch in Form von Befragungen ermittelt werden.

Möglich ist die Normdebatte anhand des Materials, das die sozialen Handlungsweisen in Spielhandlungen präsentiert. Somit werde ich die Filme zum Schluss diskursanalytisch hinsichtlich der verhandelten Normen und Normverletzungen betrachten.

Dazu verstehe ich den Aufklärungsdiskurs über die Geschlechtskrankheiten als Spiegel für soziale Prozesse. Das heisst, wie über Syphilis und Gonorrhö gesprochen wird, zielt auf Verhaltensweisen und kann als Handlungsaufforderung gelesen werden, die zur Gruppenkonstituierung beitragen können. Da fragt sich, welche Modellvorstellungen von Rezeption entwickeln die Filme selbst. Modellcharakter hat hierfür die Figur von Charles in *IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS*, dessen Gang durch die Klinik als Erkenntnisprozess angelegt ist. Durch die vorgeführten ‚Fälle‘ wird er geläutert und so in die Gemeinschaft zurückgeführt. Wie beim Bildungsroman im Sinne des *roman à these* ist hier eine Übertragung von der Figur zum Rezipient angestrebt.

Wenn sich jemand mit einer Geschlechtskrankheit ansteckt, so verstösst er noch nicht per se gegen das Gesetz. Nur wer die Krankheit (wissentlich) an andere weitergibt, macht sich strafbar. Dieser Sachverhalt schien den Behörden bei den Prostituierten gegeben. Die Männer, die durch das Arztgeheimnis geschützt waren (vgl. Flesch 1913), mussten daher moralisch verpflichtet werden. Darauf bezieht sich der Satz: „[La syphilis] n’est pas une maladie honteuse, mais il est honteux de la transmettre“ aus *UNE MALADIE SOCIALE*. Denn im Sinne bildungsbürgerlicher Kreise, wozu die Ärzte von standeswegen gehörten, versties die Person gegen einen ungeschriebenen, moralisch-ethischen Verhaltenskodex. Darunter sind Normen und Regeln zu verstehen, die wie Imperative mit Handlungsaufforderung funktionieren, die situationsspezifische Verhaltensweisen nach sich ziehen. Normen und Regeln gehören zu unserem Selbstverständnis, sie sind Orientierungshilfen, um in Alltagssituationen angemessen zu agieren (vgl. Landweer 1999: 56f.).

Die Protagonisten verletzen also *moralische* Normen, die Hilde Landweer als „sanktionier[bare] soziale Regeln“ auffasst (ebd.: 55). Weiter sind Normen zusätzlich dadurch bestimmt, „dass mindestens alle diejenigen, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden, sich an dieser Norm orientieren“ (ebd.: 58). Somit tragen sie zum Selbstverständnis bei, prägen das Bild, das die Person von sich selbst hat. Daran schliessen sich Erwartungen an, die der Einzelne an sich, aber auch gegenüber anderen hat, für die die Normen ebenfalls zu gelten haben. Sich z. B. für die Ansteckung anderer zu schämen, kann nur, wer das Gebot, für seine Ehefrau zu sorgen und sie zu schützen, als eigenes akzeptiert. Weiter schreibt Landweer: „Wer eine bestimmte Rolle hat, übernimmt automatisch bestimmte kooperative Rechte und Pflichten und orientiert sich an normativen Anforderungen“ (ebd.: 60f.). Dabei bleiben Normen wie Regeln meistens unbewusst und werden unwillkürlich befolgt. Erst über Normverstösse werden sie artikulierbar und sind damit auch kritisierbar. Entscheidend

ist, dass der Handelnde die Regeln und Normen im Grunde anerkennt und entsprechend sein Verhalten selbst kritisieren kann.

In den Filmen begehen die meisten Protagonisten nach der Ansteckung einen zweiten Regelverstoss: Entweder ignorieren sie erste Symptome oder sie vertrauen sich einem Kurpfuscher an, anstatt sich von einem approbierten Arzt therapieren zu lassen. An dieser Normverletzung wird der Läuterungsprozess festgemacht und die Korrektur des Fehlverhaltens eingeleitet. Signifikant hierfür ist das Beispiel des Medizinstudenten in *FALSCHES SCHAM*. Alle Erklärungen vonseiten des Sanitätsrats scheinen den Studenten nicht wirklich zu überzeugen, denn noch immer möchte sich der junge Akademiker der langwierigen und entbehrungsreichen Behandlung entziehen. Dies würde ihn zu einer Gefahrenquelle für andere machen. Darauf reagiert der Professor ungehalten und führt dem ‚Unverbesserlichen‘ verärgert immer aussichtslosere Krankenfälle vor. Diese Situation macht das Dilemma offenbar: Als Arzt ist er an das Berufsgeheimnis gebunden, kann ihn also nicht an die Justiz überführen. Er kann sich nur als (Standes-)Kollege empören. Schliesslich lösen die Kinder, die wegen des Trippers ihrer Mütter erblindet sind, beim Studenten einen Schock aus. Dies nicht nur aus Mitleid, sondern weil sie ihn an seine Verantwortung als künftigen Ehemann und Vater erinnern. Mit der Zustimmung zur vollständigen Therapie gesteht er einerseits sein Fehlverhalten ein und akzeptiert die moralisch-ethischen Normen und Handlungsmaximen. Andererseits ist die Behandlung die Bedingung, dass er, vertreten durch den Sanitätsrat, als sozial verantwortlicher Mann anerkannt und wieder in die Gesellschaft aufgenommen wird. Der Appell der Filme zielt somit auf eine Korrektur der Abweichung und auf die Zurückführung in den sozialen Verband. Doch welchen Verband? Und haben die Normen für alle Menschen aller sozialen Schichten die gleiche Bedeutung und Gültigkeit?

Der Massstab für das regelwidrige Verhalten des Studenten sind letztlich die Normen und Regeln, die innerhalb seiner Gesellschaftsgruppe gelten. Die einzelnen Mitglieder definieren ihre Zugehörigkeit über Merkmale (wie Kleidung), Bildung, Geschmack und bestimmten Handlungsweisen in spezifischen Situationen. Die Gruppe oder Klasse konstituiert sich selbst durch Normen, Regeln, Handlungsmaximen, die alle Mitglieder akzeptieren und deren Einhaltung sie auch von den anderen Mitgliedern erwarten. Nach der Sozialwissenschaftlerin Anja Lietzmann gelten Normen stets für eine Gruppe von Personen.

Allen Personen muss an der Aufrechterhaltung der Normen gelegen sein, soll die Norm Bestand haben. Das beinhaltet das Interesse jeder Person daran, dass nicht nur sie selbst, sondern auch andere Mitglieder der Gruppe die Norm verfolgen. Hieraus gewinnen sie die Zugehörigkeit zur Gruppe (Lietzmann 2003: 146).

So wird das Verhalten oder eben Fehlverhalten Einzelner durch die anderen Gruppenmitglieder bewertet und kritisiert, belohnt oder sanktioniert. Mit dem Vor-Augen-Führen der

Ansteckungsrisiken wird dem Infizierten die Verletzung der Norm bewusst gemacht, eine Norm, die zu seinem Selbstverständnis als Gruppenangehöriger zählt. Der Moment der Bewusstwerdung ist Anlass, in die Behandlung einzuwilligen, wodurch die Zugehörigkeit wieder hergestellt wird.

Nach zeitgenössischer Auffassung beruht „falsche Scham“ auf Vorurteilen, Unwissenheit und falschen Vorstellungen. Sie habe im Fall der Geschlechtskrankheiten fatale Folgen, „Töchter und Jünglinge“ gerieten ins Elend, „Mann und Frau“ seien „zu entsetzlichen Siechtum“ verdammt (gt. 1926). Mit diesem eindringlichen Worten beginnt die Schreiberin ihren Beitrag über FALSCHES SCHAM im *Tages-Anzeiger* vom 16. Oktober 1926. Sie nimmt den Film zum Anlass, um die Leserinnen an ihre Pflicht zu erinnern, mehr Sorge zu ihrem Körper zu tragen. Als Erstes prangert sie die „falsche Scham“ an, welche die Frauen aufgrund von Unkenntnis und „mangelnder Selbstbeobachtung“ daran hindert, rechtzeitig zum Arzt zu gehen. Ausserdem kritisiert sie, dass die Geschlechtsgenossinnen ihr eigenes physisches Erscheinungsbild vernachlässigten. Abhilfe könne hierbei ein professionell angefertigtes Korsett oder „sachlich geleitete Gymnastik“ schaffen, ist sie überzeugt. Der Artikel mahnt zur Selbstbetrachtung von aussen, fordert fortwährende Überwachung, Kontrolle und Korrektur. In ähnlicher Weise sind, dies hat die Untersuchung gezeigt, Anweisungen der Selbstbeobachtung und Triebkontrolle in den Aufklärungsfilmen eingebaut. Indem über Körperpraktiken geredet wird, wird also eine Matrix des Normalen erstellt, an der Abweichungen und Deformationen ablesbar sind.

Darüber hinaus werden diejenigen, die diese Körpernormen akzeptieren, diszipliniert und in ‚richtigen‘ Verhaltensweisen unterrichtet. Den Körper fortan permanenter Beobachtung zu unterziehen, funktioniert nur, wenn die Vorstellungen, Haltungen und Maximen, die das Raster des Normalen bilden, internalisiert sind. Die Aufklärungsfilme über die Geschlechtskrankheiten tragen zur Bildung des Rasters bei und liefern zugleich Handlungsmuster im Umgang mit dem eigenen Körper. Massgebend für diesen Diskurs sind die Ärzte und die medizinischen Auffassungen eines gesunden Körpers, einer gesunden Sexualität und gesunder Nachkommen.

Normen und Regeln organisieren und stabilisieren eine soziale Gruppe nach innen und grenzen sie zugleich nach aussen ab. Auf diesen Zusammenhang weist Michel Foucault in *Sexualität und Wahrheit* (1983) hin, wenn er sich fragt, ob die mit dem „Reden über Sex“ implementierte Sexualpolitik für alle Klassen homogen war. Denn das Sexualdispositiv scheine keineswegs „von den traditionell ‚leitenden Klassen‘ zur Einschränkung der Lust der anderen installiert worden zu sein“ (ebd.: 147). Es habe sich auch nicht um eine bürgerliche Askese im Sinne eines Verzichts auf die Lust oder die Disqualifizierung des Fleisches gehandelt, sondern im Gegenteil um eine Intensivierung des Körpers, eine Problematisierung

der Gesundheit und ihrer Funktionsbedingungen. Techniken also, welche die Maximierung des Lebens bezweckten: Stärke, Langlebigkeit, Zeugungskraft und Nachkommenschaft der „herrschenden“ Klasse. Die Intention war Foucault zufolge nicht die „Unterwerfung“ der unteren, sondern die „Selbstaffirmation“ der eigenen Klasse. Mit dem Errichten des „eigenen Sexus“ durch eine „selbsterfundene Macht und Wissenstechnologie“ brachte das Bürgertum sich selbst zur Geltung. „Was sich konstituiert hat, ist eine politische Disposition des Lebens“ (Foucault 1983: 148), die sich in der Sexualität und im Umgang mit dem Körper manifestiert. Seit Mitte des 18. Jahrhunderts war das Bürgertum damit beschäftigt, „sich eine Sexualität zu geben und sich von da aus einen spezifischen Körper, einen ‚Klassenkörper‘ mit einer eigenen Gesundheit, einer Hygiene, einer Nachkommenschaft, einer Rasse zu erschaffen“ (ebd.: 149). Die so geschaffene Sexualität und die damit verbundenen Handlungsweisen grenzen diesen „Klassenkörper“ anderen gegenüber ab, indem sie die Standeskonventionen markieren und bewahren.

Die grosse Sorge der Dermatologen galt der Jugend, jungen Männern und Frauen, weil sich laut Statistiken die meisten zwischen dem 11. bis 24. Lebensjahr ansteckten (vgl. Meirowsky 1909 und 1910: 6 und 60; sowie Kapitel 2, S. 41). Begründet wurde die hohe Ansteckungsziffer damit, dass den Individuen in dieser Zeit die Lebenserfahrung und Verantwortung fehlte. Ein weiterer Grund wurde in der langen Ausbildung gesehen, wodurch eine Eheschliessung hingezögert wurde (vgl. B. Bloch 1919: 19). Da sich ein Studium vorwiegend Mitglieder der bürgerlichen Gesellschaft leisten konnten, bedeuteten die Geschlechtskrankheiten ein Problem vor allem für das Bürgertum. Diesen Eindruck bestätigt Bruno Bloch, wenn er schreibt: Es sei betrübend, „dass die Studenten, die Elite unserer Gesellschaft und die künftigen Erzieher und Führer des Volkes, in einem ganz ausserordentlichen Prozentsatz erkranken“ (ebd.: 18). Aufschlussreich ist seine Beschreibung insofern, weil die jungen Männer dem typischen Kranken in den Aufklärungsfilmen oder -theatern entsprechen: Ein junger Mann aus gutbürgerlichem Hause steckt sich bei einer Prostituierten mit der Syphilis an (vgl. auch Brioux 1914).

Die Geschlechtskrankheiten bedrohten diese Bevölkerungsgruppe in doppelter Weise: gesundheitlich und sozial. Mit der Ansteckung trugen sie nicht nur die Erreger in ihre Familie, in ihre Klasse und schwächten sie von innen. Vielmehr unterminierten sie, da nach wie vor Prostituierte oder Frauen der Unterschicht als Quellen der Infizierung galten, die Klassenschranken. Diese Frauen gehörten jener Bevölkerungsgruppe an, welche die Bürgerlichen mit Armut, Elend und Krankheit assoziierten. Mit dem Gebot der Enthaltsamkeit und Triebkontrolle sollte die Durchmischung abgewehrt und die jungen Männer an die eigene Klasse zurückgebunden werden.⁴ Folglich zielte der Aufklärungsdiskurs über Ge-

4 Doch hierin scheitert das Modell, denn der nicht-regulierte Sex bricht sich immer Bahn.

schlechtskrankheiten darauf, die Normen und Werthaltungen der *eigenen* gesellschaftlichen Gruppe zu re-etablieren, zu festigen und die Jungen auf sie zu verpflichten. Indem der Aufklärungsdiskurs zur Selbstaffirmation innerhalb der eigenen Gruppe dient, grenzt er sie gegenüber den anderen ab. Dieser Logik folgend funktioniert die „falsche Scham“ als Motor zur Selbstvergewisserung der eigenen Klasse gegenüber.

Diese Schlussfolgerung beinhaltet zugleich ein Paradox der Aufklärung. Der Einsatz des Films als Massenkommunikationsmittel wurde von den Medizinern stets damit begründet, dass mit seiner Hilfe alle, d.h. vor allem die unteren Bevölkerungskreise, erreicht würden. Nun hat sich aber gezeigt, dass sich der Aufklärungsdiskurs vielmehr an die bürgerliche Klasse wendet, indem er deren Normsystem verhandelt und dafür Verhaltensmaximen liefert. Gleichzeitig wurde ein Medium benutzt, das sich vor allem an ein nichtbürgerliches Publikum richtete. Lösen lässt sich dieser Widerspruch nur insofern, als die Aufklärung einen doppelten Zweck erfüllte: die Armen, sozial Ausgeschlossenen sowie die Kleinbürger zu *disziplinieren* und die (jungen männlichen) Sprösslinge der Bourgeoisie zu *re-sozialisieren*. Die Aufklärung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, medial verbreitet und tausendfach vervielfacht, wirkt so in erster Linie auf die eigenen Gruppe zurück.

Bibliographie

- Ackerknecht, Erwin Heinz: *Kurze Geschichte der Medizin*. 2. Aufl. Stuttgart 1975 (Original: *A Short History of Medicine*. New York 1955).
- Adam, Birgit: *Die Strafe der Venus: eine Kulturgeschichte der Geschlechtskrankheiten*. München 2001.
- Aristoteles: *Rhetorik*. Hrsg. von Franz G. Sievke. Übers. von Franz G. Sievke, mit einer Bibliographie und von Erläuterungen und einem Nachwort. 5. Aufl. München 1995.
- Asmis, Elisabeth: „Psychagogia in Plato’s Phaedrus“. In: *Illinois Classical Studies*. Jg. 11, 1986, 153–172.
- Aubert, Michelle/Delavie, Patrice/Lemoigne, Pierrette et al.: „Les collections des films pédagogiques et scientifiques des premiers temps (1910–1955)“. In: de Pastre-Robert, Béatrice/Dubost, Monique/Massit-Folléa, Françoise (Hgg.): *Cinéma pédagogique et scientifique*. Lyon 2004, 23–37.
- Balázs, Béla: *Der sichtbare Mensch – oder die Kultur des Films*. Frankfurt a. Main 2001 (1924).
- Barthes, Roland: *Die helle Kammer: Bemerkungen zur Photographie*. Aus dem Französischen übers. von Dietrich Leube. Frankfurt a. Main 1985 (Original: *La chambre claire: note sur la photographie*. Paris 1980).
- Barthes, Roland: „Semiologie und Medizin“. Aus dem Französischen übers. von Dieter Hornig. In: *Das semiologische Abenteuer*. Frankfurt a. Main 1988, 210–220 (Original: „Sémiologie et médecine“. Paris 1972).
- Barthes, Roland: „Rhetorik des Bildes“. Aus dem Französischen übers. von Dieter Hornig. In: *Der entgegenkommende und der stumpfe Sinn. Kritische Essays III*. Frankfurt a. Main 1990, 28–46 (Original: „Rhétorique de l’image“. Paris 1964).
- Barth, Hermann: *Psychagogische Strategien des filmischen Diskurses in G.W. Pabsts „Kameradschaft“ (Deutschland, 1931)*. München 1990.
- Belting, Hans: „Toward an Anthropology of the Image“. In: Westermann, Mariët (Hg.): *Anthropologie of Art: Clark Studies in the Visual Arts*. Williamstown 2005, 41–58.
- Berliner Film-Oberprüfstelle: „Entscheidungen der Oberprüfstelle: „Die Geschlechtskrankheiten“. In: *Der Bildwart*. Jg. 3, Nr. 2, 1925, 145–149.

- Bertillon, Alphonse: *Die Gerichtliche Photographie, mit einem Anhang über die anthropometrische Classification und Identificirung*. Halle 1895 (Original: *La photographie judiciaire avec une appendice sur la classification et l'identification anthropométriques*. Paris 1890).
- Beyel, Christian: „Der Kinematograph und seine Gefahren“. In: *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit*. Jg. 51, Nr. 6, 1912, 181–184.
- Beyel, Christian: *I. Jahres-Bericht, Kino-Reform. Schweizerische Kommission für Kino-Reform Zürich*. Zürich 1921.
- Beyel, Christian: „Wie man in Zürich zur Kinoreform kam“. In: *Der Bildwart*. Jg. 2, Nr. 8/9, 1924, 269–273.
- Beyel, Christian: „Von der Kinoreform“. In: *Der Bildwart*. Jg. 3, Nr. 2, 1925, 138–140.
- Blaschko, Alfred: *Die Prostitution im 19. Jahrhundert*. Berlin 1902.
- Bloch, Bruno: *Die Geschlechtskrankheiten: ihr Wesen und ihre Bekämpfung, verfasst im Auftrag der schweiz. Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Zürich 1919.
- Bloch, Iwan: *Ursprung der Syphilis: eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung*. Bd. 1. Jena 1901.
- Bloch, Iwan: *Ursprung der Syphilis: eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung*. Bd. 2. Jena 1910.
- Boehm, Gottfried: „Zuwachs an Sein: hermeneutische Reflexion und bildende Kunst“. In: Ders. (Hg.): *Wie Bilder Sinn erzeugen: die Macht des Zeigens*. Berlin 2007, 243–267.
- Boos-Jegher, Eduard: *Die Prostitutionsfrage in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Zürich*. Hrsg. von Aktionskomitee des kant. zürcherischen Männervereins zur Bekämpfung der Unsittlichkeit. Zürich 1913.
- Bordwell, David: *Making Meaning: Interference and Rhetoric in the Interpretation of Cinema*. Cambridge, Massachusetts/London, England 1991.
- Bordwell, David/Thompson, Kristin: *Film Art: an Introduction*. 4. Aufl. New York 1993 (¹1979).
- Borelli, Siegfried/Vogt, Hermann-Joseph/Kreis, Michael: *Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Berlin 1992.
- Brandt, Allan M.: *No Magic Bullet: a Sozial History of Veneral Disease in the United States Since 1880*. New York/Oxford 1987.
- Brieux, Eugène: *Die Schiffsbrüchigen (Les Avariés). Ein Theaterstück in drei Akten*. 2. Aufl. Frankfurt a. Main 1914 (Original: *Les avariés*. Paris 1901).
- Brinckmann, Christine N.: „Somatische Empathie bei Hitchcock: eine Skizze“. In: Heller, Heinz B. (Hg.): *Der Körper im Bild: Schauspielen – Darstellen – Erscheinen*. Marburg 1999, 111–120.

- Brinckmann, Christine N.: „Die Rolle der Empathie oder Furcht und Schrecken im Dokumentarfilm“. In: Brütsch, Matthias/Hediger, Vinzenz/von Keitz, Ursula et al. (Hgg.): *Kinogefühle: Emotionalität und Film*. Marburg 2005, 333–360.
- Brunner, Philipp: *Konventionen eines Sternmoments: die Liebeserklärung im Spielfilm*. Marburg 2009.
- Bühler, Karl: *Sprachtheorie: die Darstellungsformen der Sprache*. Stuttgart 1965.
- Bunge, Gustav von: *Die Ausrottung der Geschlechtskrankheiten*. Leipzig 1911.
- Bunsen, Christian Carl Josias (Hg.): *Die Bibel: Vollständiges Bibelwerk für die Gemeinde in drei Abtheilungen: Vierter Theil: Die Bücher des Neuen Bundes*. Leipzig 1864.
- Canning, Kathleen: *Gender History in Practice: Historical Perspectives on Bodies, Class & Citizenship*. Ithaca/London 2005.
- Cartwright, Lisa: *Screening the Body: Tracing Medicine's Visual Culture*. Minneapolis, London 1997 (1995).
- Cartwright, Lisa: „Shame, Empathy and Looking Practices: Lessons from a Disability Studies Classroom“. In: *Journal of Visual Culture*. Jg. 5, Nr. 2, 2006, 156–171.
- Cartwright, Lisa: *Moral Spectatorship: Technologies of Voice and Affect in Postwar Representation of the Child*. Durham/London 2008.
- Christen, Marianna: „Feind im Blut: die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den 20er und 30er Jahren“. In: Arbeitsgruppe Frauengeschichte, Basel (Hg.): *Auf den Spuren weiblicher Vergangenheit*. Zürich 1988, 229–249.
- Coissac, G.-Michel: *Le cinématographe et l'enseignement: nouveau guide pratique*. Paris 1926.
- Corbin, Alain: „Le péril venerien au début du siècle: prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale“. In: *Recherches*. Jg. 16, Nr. 29, 1978, 245–283.
- Corbin, Alain: „Die erbliche Syphilis oder die unmögliche Erlösung: ein Beitrag zur Geschichte der Erbkrankheiten“. Aus dem Französischen übers. von Carsten Wilke. In: Ders.: *Wunde Sinne: Über die Begierde, den Schrecken und die Ordnung der Zeit im 19. Jahrhundert*. Stuttgart 1993a, 125–150 (Original: *Le Temps, le Désir et l'Horreur. Essays sur le dix-neuvième siècle*. Paris 1991).
- Corbin, Alain: „Zur Geschichte und Anthropologie der Sinneswahrnehmung“. Aus dem Französischen übers. von Carsten Wilke. In: Ders.: *Wunde Sinne: Über die Begierde, den Schrecken und die Ordnung der Zeit im 19. Jahrhundert*. Stuttgart 1993b, 197–211 (Original: *Le Temps, le Désir et l'Horreur. Essays sur le dix-neuvième siècle*. Paris 1991).
- Dahlquist, Marina: „Swat the Fly: Educational Films and Health Campaigns 1909–1914“. In: Müller, Corinna/Segeberg, Harro (Hgg.): *Kinoöffentlichkeit (1895–1920) / Cinema's public sphere (1895–1920): Entstehung, Etablierung, Differenzierung / Emergence, Settlement, Differentiation*. Marburg 2008, 211–225.

- Damasio, Antonio: *Looking for Spinoza*. London 2003.
- Damasio, Antonio: *Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Berlin 2006 (Original: *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York 1996).
- Dannmeyer, C.H.: *Bericht der Kommission für „Lebende Photographien“, erstattet am 17. April 1907 und im Auftrag des Vorstandes*. Hrsg. von C.H. Dannmeyer. Hamburg 1980 (¹1907).
- Das Schweizerische Rote Kreuz: „Mitteilungen“. In: *Das Rote Kreuz*. Jg. 26, Nr. 23, 1918, 250f..
- Das Schweizerische Rote Kreuz: *Protokolle*. 1919-1926. (Archiv Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern).
- Das Schweizer Schul- und Volkskino: *Statuten*. Bern 1921. (Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur Bern, Bestand SSVK).
- Das Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes: „Kino des Roten Kreuzes“. In: *Das Rote Kreuz*. Jg. 29, Nr. 19, 1921, 237-239.
- Das Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes: „Unsere Lichtbilder- und Filmvorträge“. In: *Das Rote Kreuz*. Jg. 30, Nr. 2, 1922, 27.
- Debray, Régis: *Vie et mort de l'image. Une histoire du regard en Occident*. Paris 1997.
- de Francesco, Grete: *Die Macht des Charlatans*. Basel 1937.
- de Sousa, Ronald: *Emotion*. Februar 2003. (<http://plato.stanford.edu/entries/emotion/>) – Zugriff am 5. März 2013.
- Diederichs, Helmut H.: *Frühgeschichte deutscher Filmtheorie: Ihre Entstehung und Entwicklung bis zum Ersten Weltkrieg*. Im Internet veröffentlicht, 2001 1996. (<http://fhdo.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2002/6/pdf/fruefilm.pdf>) – Zugriff am 13. April 2007.
- Die Sektion Zürich der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten: „Geschlechtskrankheiten“. In: *Tages-Anzeiger für Stadt und Kantone Zürich*. Jg. 34, Nr. 239, 1926, Blatt 5 (12. Oktober).
- Direktion des Schweizer Schul- und Volkskino: *Sitzungsprotokolle*. 1929. (Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur Bern, Bestand SSVK).
- Dommann, Monika: *Durchsicht, Einsicht, Vorsicht: eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896-1963*. Zürich 2003.
- Duden (Hg.): *Duden – Fremdwörterbuch: auf der Grundlage der neuen amtlichen Rechtschreibregeln*. Bd. 5. 8. neu bearb. und erw. Mannheim 2005.
- Duden, Barbara: *Geschichte unter der Haut: ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart 1997.
- Dumont, Hervé: *Geschichte des Schweizer Films: Spielfilme 1896-1965*. Lausanne 1987.

- Dupont, Ewald André: *Wie ein Film geschrieben wird und wie man ihn verwertet*. Berlin 1919.
- Eckart, Wolfgang U.: „Die Vision vom ‚gesunden Volkskörper‘. Seuchenprophylaxe, Sozial- und Rassenhygiene in Deutschland zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus“. In: Roessiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hgg.): *Hauptsache gesund!: Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg 1998, 34–47.
- Eder, Franz X.: *Kultur der Begierde: eine Geschichte der Sexualität*. München 2002.
- Eder, Jens: „Gefühle im Widerstreit: A CLOCKWORK ORANGE und die Erklärung audiovisueller Emotionen“. In: Bartsch, Anne/Eder, Jens/Fahlenbrach, Kathrin (Hgg.): *Audiovisuelle Emotionen: Emotionsdarstellung und Emotionsvermittlung durch audiovisuelle Medienangebote*. Köln 2007, 256–276.
- Egli, Jeannette: *Feind im Blut: die Produktions-, Rezeptions- und Distributionsgeschichte eines frühen Syphilis-Films und die Aufklärungskampagne der Zürcherischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Zwanziger- und Dreissigerjahren*. Lizentiatsarbeit. Philosophische Fakultät I der Universität Zürich 1999.
- Egli, Jeannette: „*Feind im Blut*: zur Produktions- und Distributionsgeschichte eines medizinischen Aufklärungsfilms“. In: Hediger, Vinzenz/Sahli, Jan/Schneider, Alexandra et al. (Hgg.): *Home Stories: Neue Studien zu Film und Kino in der Schweiz - Nouvelles approches du cinéma et du film en Suisse*. Marburg 2001, 115–127.
- Ekman, Paul: *Gefühle lesen: Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Aus dem Englischen übers. von Susanne Kuhlmann-Krieg. München 2007 (Original: *Emotions Revealed. Understanding Faces and Feelings*. New York/London 2003).
- Ellenbrand, Petra: *Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Marburg 1999.
- Elsaesser, Thomas: „Tales of Sound and Fury: Anmerkungen zum Familienmelodram“. Aus dem Englischen übers. von Drehli Robnik und Georg u. Mitarbeit von Tillner. In: Cargnelli, Christian/Palm, Michael (Hgg.): *Und immer wieder geht die Sonne auf: Texte zum Melodramatischen im Film*. Wien 1994, 93–128 (Original: „Tales of Sound and Fury: Observations on the family melodrama“. London 1972).
- Fleck, Ludwik: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Hrsg. von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt a. Main 1980 (1935).
- Flesch, Max: *Prostitution und Frauenkrankheiten: Hygienische und volkswirtschaftliche Betrachtungen*. Frankfurt a. Main 1898.
- Flesch, Max: „Die Frauen und die Geschlechtskrankheiten. Aus den Verhandlungen der II. Generalversammlung des Bundes für Mutterschutz“. In: *Hefte für Volkswirtschaft, Sozialpolitik, Frauenfrage, Rechtspflege und Kulturinteressen*. Nr. 481, 1913, 1–18.

- Foucault, Michel: *Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit I*. Aus dem Französischen übers. von Ulrich Raulff und Walter Seitter. Frankfurt a. Main 1983 (Original: *Histoire de la sexualité, I: la volonté de savoir*. Paris 1976).
- Foucault, Michel: *Überwachen und Strafen: die Geburt des Gefängnisses*. Aus dem Französischen übers. von Walter Seitter. Frankfurt a. Main 1999 (Original: *Surveiller et punir: la naissance de la prison*. Paris 1975).
- Foucault, Michel: „Die ‚Gouvernementalität‘“. Aus dem Französischen übers. von Hans-Dieter Gondek. In: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hgg.): *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomie des Sozialen*. Frankfurt a. Main 2000, 41–67 (Original: „La ‚gouvernementalité‘“, Vorlesung am Collège de France im Studienjahr 1977–1978: „Sécurité, territoire et population“. Paris 1978).
- Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Aus dem Französischen übers. von Walter Seitter. Frankfurt a. Main 2005 (Original: *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. 1963).
- Galewsky, Eugen: *Ausstellung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, veranstaltet vom Deutschen Hygiene-Museum Dresden in Verbindung mit der Sektion Basel der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Dresden 1921.
- Geiges, Michael L.: „Vom ‚Tripperhüüsli‘ zur städtischen Polyklinik“. In: Burg, Günter/Geiges, Michael L. (Hgg.): *Die Haut, in der wir leben – Zu Markt getragen und zur Schau gestellt*. Zürich 2001, 48–49.
- Geimer, Peter: „Was ist kein Bild? Zur ‚Störung‘ der Verweisung“. In: Ders. (Hg.): *Ordnung der Sichtbarkeit: Fotografie in Wissenschaft, Kunst und Technologie*. Frankfurt a. Main 2002, 313–341.
- Gertiser, Anita: „Domestizierung des filmischen Bildes“. In: *Montage/AV*. Jg. 15, Nr. 1, 2006a, 58–73.
- Gertiser, Anita: „Die Erotik der Didaktik – August Kerns *Richtiges Melken – saubere Milch* (1954)“. In: *Cinema*. Jg. 51, 2006b, 90–94.
- Gertiser, Anita: „Ekel: Beobachtungen zu einer Strategie im Aufklärungsfilm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In: Boillat, Alain/Brunner, Philipp/Flückiger, Barbara (Hgg.): *Kino CH / Cinéma CH: Rezeption, Ästhetik, Geschichte / Réception, esthétique, histoire*. Marburg 2008a, 279–294.
- Gertiser, Anita: „Der Schrecken wohnt im Schönen“. In: *Cinema*. Jg. 53, 2008b, 127–131.
- Gertiser, Anita: „Schul- und Lehrfilm“. In: Zimmermann, Yvonne (Hg.): *Schaufenster Schweiz: dokumentarische Gebrauchsfilme 1896–1964*. Zürich 2011, 284–371.
- Göckenjan, Gerd: „Syphilisangst und Politik mit Krankheit: Diskurs zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten“. In: Gindorf, Rolf/Haeberle, Erwin (Hgg.): *Sexualitäten in*

- unserer Gesellschaft: Beiträge zur Geschichte, Theorie und Empirie*. Berlin, New York 1989, 47–62.
- Goldie, Peter: *The Emotion: a Philosophical Exploration*. Oxford 2002.
- Grodal, Thorben Kragh: *Moving Pictures: a New Theory of Film Genre, Feeling, and Cognition*. 2. Aufl. Oxford 1999.
- gt.: „Falsche Scham“. In: *Tages-Anzeiger für Stadt und Kantone Zürich*. Jg. 34, Nr. 243, 16. Oktober 1926, Blatt 6.
- Günther, Walther: *Verzeichnis Deutscher Filme: Grundaussage 1: Lehr- und Kulturfilme*. Berlin 1927.
- Gunning, Tom: „Vor dem Dokumentarfilm: frühe non-fiction-Filme und die Ästhetik der ‚Ansicht‘“. In: *KINtop-Jahrbuch*. Jg. 4, 1995, 111–121.
- Hackenberg, Achim: *Filmverstehen als kognitiv-emotionaler Prozess: zum Instruktionscharakter filmischer Darstellung und dessen Bedeutung für die Medienrezeptionsforschung*. Berlin 2004.
- Halling, Thorsten/Schäfer, Julia/Vögele, Jörg: „Volk, Volkskörper, Volkswirtschaft - Bevölkerungsfragen in Forschung und Lehre in Nationökonomie und Medizin“. In: Mackensen, Rainer/Reulecke, Jürgen (Hgg.): *Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“*. Wiesbaden 2005, 388–428.
- Hartmann, Britta: „Initiation und Rezeptionssteuerung in Takeshi Kitanos HANA-BI: Bahnung des Verstehens über die Geschichte hinaus“. In: Sellmer, Jan/Wulff, Hans J. (Hgg.): *Film und Psychologie – Nach der kognitiven Phase?* Marburg 2002, 59–78.
- Hartmann, Britta: „Von der Macht erster Eindrücke: falsche Fährten als textpragmatisches Krisenexperiment“. In: *Was stimmt denn jetzt? Unzuverlässiges Erzählen in Literatur und Film*. München 2005, 154–174.
- Hauser, Carl: *An die Sanitätsoffiziere: Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Armee*. o. A. 1915.
- Heller, Genéviève: *„Propre en ordre“: habitation et vie domestique 1850-1930: l'exemple vaudois*. Lausanne 1979.
- Heller, Genéviève: *Charlotte Oliver. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*. Lausanne 1992.
- Hellwig, Albert: *Schundfilms, ihr Wesen, ihre Gefahren, ihre Bedeutung*. Halle (Saale) 1911.
- Hellwig, Albert: „Schundfilms als Verbrecheranreiz“. In: *Zeitschrift für Jugenderziehung und Jugendfürsorge*. Jg. 3, Nr. 11, 12, 1913a, 309–313, 345–348.
- Hellwig, Albert: „Sind Beschränkungen des Besuches von Kinotheatern durch Kinder in Zürich zulässig!“. In: *Zeitschrift für Jugenderziehung und Jugendfürsorge*. Jg. 3, Nr. 16, 17, 1913b, 461–464, 497–501.

- Hellwig, Albert: „Soll für die Kinotheater die Bedürfnisklausel eingeführt werden?“ In: *Der Bildwart*. Jg. 1, Nr. 4/5, 1923, 124–127.
- Hellwig, Antje: *Untersuchungen zur Theorie der Rhetorik bei Platon und Aristoteles*. Göttingen 1973.
- Hentschel, Klaus: „Zur technischen Konstruktion und historischen Analyse wissenschaftlicher Bilder“. In: Hessler, Martina (Hg.): *Konstruierte Sichtbarkeiten: Wissenschafts- und Technikbilder seit der Frühen Neuzeit*. München 2006, 117–127.
- Hetting, Manfred: *Politische Bürgerlichkeit: der Bürger zwischen Individualität und Vergesellschaftung in Deutschland und der Schweiz von 1860 bis 1918*. Göttingen 1999.
- Hickethier, Knut: „Genretheorie und Genreanalyse“. In: Felix, Jürgen (Hg.): *Moderne Film Theorie*. Mainz 2003, 62–96.
- Holl, Ute: „Neuropathologie als filmische Inszenierung“. In: Hessler, Martina (Hg.): *Konstruierte Sichtbarkeiten: Wissenschafts- und Technikbilder seit der Frühen Neuzeit*. München 2006, 217–239.
- Imhof, Gottlieb: „Bericht über den Internationalen Kinematographenkongress“. In: *Der Bildwart*. Jg. 5, Nr. 3, 1927, 136–140.
- Ischer, Carl: „Schweizer Volkskino und Rotes Kreuz“. In: *Das Rote Kreuz*. Jg. 29, Nr. 13, 1921, 163–164.
- Jacquinet, Geneviève: *Image et pédagogie: analyse sémiologique du film à intention didactique*. Paris 1977.
- Jadassohn, Joseph: *II. Prophylaxie individuelle: De quelle manière pourrait-on le mieux faciliter la prophylaxie individuelle à l'aide d'institutions hospitalières (dispensaires, refuges, etc.) et de services médicaux destinés aux personnes des deux sexes atteintes de syphilis ou de blennorrhagie?* (II. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes sous le patronage du gouvernement belge, Bruxelles, 1er au 6 septembre 1902). [Bern] [1903].
- Jadassohn, Joseph: „Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten im mobilisierten und im Kriegsheer“. In: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte*. Jg. 45, Nr. 12, 1915, 253–366.
- Jadassohn, Joseph/Schmid, F: *Prostitution und Venerische Krankheiten*. Bern 1900.
- Jaeger, Hubert: *Die Geschlechtskrankheiten in der Schweiz*. Bern 1922.
- Johnson, Niall P. A. S./Mueller, Juergen D.: „Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918–1920 ‚Spanish‘ Influenza Pandemic“. In: *Bulletin of the History of Medicine*. Jg. 76, Nr. 1, 2002, 105–115.
- Jütte, Robert: „Wer keine Nachricht erhält, darf sich als gesund betrachten‘: zur Geschichte der zwangsweisen Prävention“. In: Roessiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hgg.): *Hauptsache gesund!: Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg 1998, 22–33.

- Jung, Uli: „Kinoreformer: nicht-fiktionale Filme für Bildungszwecke“. In: Jung, Uli/Loiperdinger, Martin (Hgg.): *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland: Kaiserreich 1895-1918*. Bd. 1. Stuttgart 2005, 333-340.
- Kalbus, Oskar: *Pioniere des Kulturfilms: ein Beitrag zur Geschichte des Kulturfilmschaffens in Deutschland*. Karlsruhe 1956.
- Kant, Immanuel: *Kritik der reinen Vernunft*. 2. Aufl. Frankfurt a. Main 1976 (¹ 1787).
- Kappelhoff, Hermann: „Die vierte Dimension des Bewegungsbildes: das filmische Bild im Übergang zwischen individueller Leiblichkeit und kultureller Fantasie“. In: Bartsch, Anne/Eder, Jens/Fahlenbrach, Kathrin (Hgg.): *Audiovisuelle Emotionen: Emotionsdarstellung und Emotionsvermittlung durch audiovisuelle Medienangebote*. Köln 2007, 297-311.
- Kasten, Jürgen: „Dramatische Instinkte und das Spektakel der Aufklärung. Richard Oswalds Filme der 10er-Jahre“. In: Kasten, Jürgen/Loacker, Armin (Hgg.): *Richard Oswald: Kino zwischen Spektakel, Aufklärung und Unterhaltung*. Wien 2005, 15-139.
- Kasten, Jürgen/Loacker, Armin: „Biographie Richard Oswald (5.11.1880-11.9.1963)“. In: Dies. (Hgg.): *Richard Oswald: Kino zwischen Spektakel, Aufklärung und Unterhaltung*. Wien 2005, 499-539.
- Keitz, Ursula von: „Disziplinierung der Bilder: der dokumentarische Film und seine Zensoren“. In: Kreimeier, Klaus/Ehmann, Antje/Georgen, Jeanpaul (Hgg.): *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland: Weimarer Republik 1918-1933*. Stuttgart 2005a, 284-299.
- Keitz, Ursula von: *Im Schatten des Gesetzes: Schwangerschaftskonflikt und Reproduktion im deutschsprachigen Film 1918-1933*. Marburg 2005b.
- Keitz, Ursula von: „Lebenskrisen en gros: Richard Oswalds Filme der 20er-Jahre“. In: Kasten, Jürgen/Loacker, Armin (Hgg.): *Richard Oswald: Kino zwischen Spektakel, Aufklärung und Unterhaltung*. Wien 2005c, 141-245.
- Keitz, Ursula von: „Wissen als Film: vom Nutzen eines Archivs“. In: Kreimeier, Klaus [et al.] (Hg.): *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland: Weimarer Republik 1918-1933*. Stuttgart 2005d, 120-150.
- Kessler, Frank: „Photogénie und Physiognomie“. In: *Kinoschriften*. Jg. 4, 1996, 125-136.
- Kessler, Frank: „Fakt oder Fiktion? Zum pragmatischen Status dokumentarischer Bilder“. In: *Montage/AV*. Jg. 7, Nr. 2, 1998a, 63-78.
- Kessler, Frank: „Lesbare Körper“. In: *KINtop*. Jg. 7, 1998b, 15-28.
- Kessler, Frank: „Historische Pragmatik“. In: *Montage/AV*. Jg. 11, Nr. 2, 2002, 99-112.
- Köster, Barbara: „Geschlechtskrankheiten drohen: Kontinuitäten und Brüche der Aufklärung über die ‚Lustseuche‘“. In: Roessiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hgg.): *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg 1998, 85-88.

- Krämer, Sybille: „Kann das ‚geistige Auge‘ sehen? Visualisierung und Konstitution epistemischer Gegenstände“. In: Heintz, Bettina/Huber, Jörg (Hgg.): *Mit dem Auge denken: Strategien der Sichtbarmachung in wissenschaftlichen und virtuellen Welten*. Zürich 2001, 347–364.
- Kreimeier, Klaus: „Komplex-starr: Semiologie des Kulturfilms“. In: Kreimeier, Klaus/Ehmann, Antje/Goergen, Jeanpaul (Hgg.): *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland: Weimarer Republik 1918–1933*. Stuttgart 2005, 87–119.
- Lajoux, Jean-Dominique: „Etienne Jules Marey: les origines du cinéma“. In: *Le cinéma et la science*. Paris 1994, 34–46.
- Landweer, Hilge: *Scham und Macht: Phänomenologische Untersuchungen zur Sozialität eines Gefühls*. Tübingen 1999.
- Lavater, Johann Caspar: *Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe*. Zürich 1968–1969 (¹ 1775–1778).
- Lederer, Susan E./Prascandola, John: „Screening Syphilis: Dr. Ehrlich’s Magic Bullet Meets the Public Health Service“. In: *Journal of the History of Medicine*. Jg. 53, 1998, 345–370.
- Lefèbvre, Thierry: „Les films diffusés par la mission américaine de prévention contre la tuberculose (Mission Rockefeller, 1917–1922)“. In: 1895. Nr. 11, 1991, 101–106.
- Lefèbvre, Thierry: „Le cinéma contre la syphilis: pré-enquête sur une lignée cinématographique“. In: *CinéMémoire. 3. Festival international : Films retrouvés – Films restaurés*. 1993, 160–174.
- Lefèbvre, Thierry: „Le docteur Doyen: un précurseur“. In: Martinet, Alexis (Hg.): *Le cinéma et la science*. Paris 1994, 70–77.
- Lefèbvre, Thierry: „Kino gegen die Syphilis: Aspekte der Entwicklung in Frankreich“. In: Hagener, Malte/Hans, Jan (Hgg.): *Geschlecht in Fesseln: Sexualität zwischen Aufklärung und Ausbeutung im Weimarer Kino 1918–1933*. München 2000, 47–62.
- Lefèbvre, Thierry: *La chair et le celluloïd: le cinéma chirurgical du docteur Doyen*. Paris 2004.
- Lemke, Hermann: „Der Kinematograph in der Schule und im Unterricht“. In: *Zeitschrift für Jugenderziehung, Gemeinnützigkeit und Volkswohlfahrt*. Jg. 1, Nr. 5, 1910, 129–136.
- Lietzmann, Anja: *Theorie der Scham: eine anthropologische Perspektive auf ein menschliches Charakteristikum*. 2003. http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=968937446&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=968937446.pdf – Zugriff am 16. August 2007.
- Lindner, Ulrike/Sauerteig, Lutz: „Gefährliche Körper: Geschlechtskrankheiten, Moral und ‚Volksaufklärung‘ um 1900“. In: Gerchow, Jan (Hg.): *Ebenbilder: Kopien von Körper – Modelle des Menschen*. Ostfildern 2002, 163–170.

- Linke, Angelika: *Sprachkultur und Bürgertum: zur Mentalitätsgeschichte des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart, Weimar 1996.
- Linse, Ulrich: „Über den Prozess der Syphilisation - Körper und Sexualität um 1900 aus ärztlicher Sicht“. In: Schuller, Alexander/Heim, Nikolaus (Hgg.): *Vermessene Sexualität*. Berlin [et al.] 1987, 163–185.
- Loiperdinger, Martin: „Die Erfindung des Dokumentarfilms durch die Filmpropaganda im Ersten Weltkrieg“. In: Keitz, Ursula von/Hoffmann, Kay (Hgg.): *Die Einübung des dokumentarischen Blicks: Fiction Film und Non Fiction Film zwischen Wahrheitsanspruch und expressiver Sachlichkeit 1895-1945*. Marburg 2001, 71–79.
- Lowry, Stephen: *Pathos und Politik: Ideologie in Spielfilmen des Nationalsozialismus*. Tübingen 1991.
- MacDonnell, Kevin: *Der Mann, der die Bilder laufen liess oder Eadweard Muybridge und die 25000\$-Wette*. Aus dem Englischen übers. von Fritz J. Oberli. Luzern, Frankfurt 1973 (Original: *The Man Who Invented the Moving Picture*. London 1972).
- Masson, Eef: „Didaktik vs. Pädagogik: ein kontextueller Ansatz für die Untersuchung von Unterrichtsfilmen“. In: *Montage/AV*. Jg. 15, Nr. 1, 2006, 10–25.
- Meier-Kern, Paul: *Verbrecherschule oder Kulturfaktor? Kino und Film in Basel 1986-1916*. Basel 1993.
- Meirowsky, Emil: „Über das sexuelle Leben unserer höheren Schüler“. In: *Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Jg. 11, Nr. 1 und 2, 1909 und 1910.
- Meirowsky, Emil: *Das Geschlechtsleben der Jugend in seiner Beziehung zu Schule und Elternhaus*. Berlin 1926.
- Mendelsohn, J. Andrew: „Von der ‚Ausrottung‘ zum Gleichgewicht: Wie Epidemien nach dem Ersten Weltkrieg komplex wurden“. In: Sarasin, Philipp/Berger, Silvia/Hänseler, Marianne et al. (Hgg.): *Bakteriologie und die Moderne: Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870-1920*. Frankfurt a. Main 2007, 239–281 (Original: „From Eradication to Equilibrium: How Epidemics Became Complex after World War I“. Oxford, New York 1998).
- Merkle, Siegbert Ernst: *Die historische Dimension des Prinzip der Anschauung: historische Fundierung und Klärung terminologischer Tendenzen des didaktischen Prinzips der Anschauung von Aristoteles bis Pestalozzi*. Frankfurt a. Main/Bern 1983.
- Mersch, Dieter: „Naturwissenschaftliches Wissen und bildliche Logik“. In: Hessler, Martina (Hg.): *Konstruierte Sichtbarkeiten: Wissenschafts- und Technikbilder seit der Frühen Neuzeit*. München 2006, 405–420.
- Metz, Christian: „Die anthropeide Enunziation“. In: *Montage/AV*. Jg. 3, Nr. 1, 1994, 11–38.
- Moreck, Curt: *Sittengeschichte des Kinos*. Dresden 1926.

- Mühl-Benninghaus, Wolfgang: „Der dokumentarische Film in Deutschland zwischen erzieherischem Anspruch und wirtschaftlicher Realität“. In: von Keitz, Ursula/Hoffmann, Kay (Hgg.): *Die Einübung des dokumentarischen Blicks: Fiction Film und Non Fiction Film zwischen Wahrheitsanspruch und expressiver Sachlichkeit 1895-1945*. Marburg 2001, 81-102.
- Müller, Corinna: *Frühe deutsche Kinematographie: formale, wirtschaftliche und kulturelle Entwicklungen 1907-1912*. Stuttgart 1994.
- Müller, Hermann/Zürcher, Emil: „Zur Kenntnis und zur Behandlung der Prostitution ausgehend von der Prostitution in der Stadt Zürich“. In: *Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Nr. 6-8, 1912/13,.
- Müller, Wilhelm: *Antrag*, 22.04. 1921a. (Staatsarchiv Basel, Straf- und Polizeiakten F 14 Kino und Filme; F 14, 8b Verbotene, beanstandete und umstrittene Filme).
- Müller, Wilhelm: *Gesuch Filmvorführung*, 13.03. 1921b. (Stadtarchiv Zürich, Polizeiamt, Polizeiwesen: Protokolle 1893-1989).
- Münsterberg, Hugo: *Das Lichtspiel: eine psychologische Studie [1916] und andere Schriften zum Kino*. Hrsg. von Jörg Schweinitz. Übers. von Jörg Schweinitz und kommentiert und mit einem Vorwort versehen. Wien 1996 (Original: *The Photoplay: a Psychological Study*. New York 1916).
- Mulvey, Laura: „Notes on Sirk and Melodrama“ (1977/78). In: Gledhill, Christine Ann (Hg.): *Home Is Where the Heart Is: Studies in Melodrama and the Woman's Film*. London 1987, 75-79.
- Mulvey, Laura: „Visual Pleasure and Narrative Cinema“ (1975). In: Stam, Robert/Miller, Toby (Hgg.): *Film and Theory: an Anthology*. Malden/Massachusetts [etc.] 2000, 483-494.
- Nichols, Bill: „Dokumentarfilm – Theorie und Praxis“. In: Hohenberger, Eva (Hg.): *Bilder des Wirklichen: Texte zur Theorie des Dokumentarfilms*. Berlin 1998, 148-164.
- Nikolow, Sybilla: „Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit: ‚Kulturlandschaften‘ in Gesundheitsausstellungen am Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland“. In: Gerhard, Ute/Link, Jürgen/Schulte-Holtey, Ernst (Hgg.): *Infografiken, Medien, Normalisierung: zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften*. Heidelberg 2001, 223-241.
- Nikolow, Sybilla: „Imaginäre Gemeinschaften: statistische Bilder der Bevölkerung“. In: Hessler, Martina (Hg.): *Konstruierte Sichtbarkeiten: Wissenschafts- und Technikbilder seit der Frühen Neuzeit*. München 2006, 263-278.
- o. A.: „Bericht des Bundesrates an die Bundesversammlung über das von Herrn Nationalrat Dr. Zimmerli und Mitunterzeichnern im Nationalrat eingereichte Postulat betreffend Revision von Art. 31 der Bundesverfassung (vom 26. Mai 1925)“. In: *Bundesblatt*. Jg. 77, Nr. 22, 1925, 545-585 Bd. 2.

- o. A.: „Das lebende Bild“. In: *Tages-Anzeiger für Stadt und Kantone Zürich*. Jg. 34, Nr. 243, 16. Oktober 1926, Blatt 3.
- o. A.: „Zürcher Lichtspieltheater-Verband: Orient: Falsche Scham“. In: *Tagblatt der Stadt Zürich*. Jg. 32, Nr. 237, 1926b, (9. Oktober).
- Odin, Roger: „Dokumentarischer Filme – dokumentarisierende Lektüre“ (1984). In: Blümlinger, Christa (Hg.): *Sprung im Spiegel: filmische Wahrnehmung zwischen Fiktion und Wirklichkeit*. Wien 1990, 125–146.
- Orell, Claudia: *Die Macht der Benennung: literarische Seuchendarstellungen und ihre wertvermittelnde Funktion*. Deutsche Literatur. Zürich: Universität Zürich 2005.
- Pfister, Manfred: *Das Drama: Theorie und Analyse*. 8. Aufl. 1994.
- Philips-Krug, Jutta/Hausheer, Cecilia: *Frankensteins Kinder: Film und Medizin. Ausstellungskatalog*. Zürich 1997.
- Plantinga, Carl: „Defining Documentary: Fiction, Non-Fiction, and Projected Worlds“. In: *Persistence of Vision*. Jg. 4, Nr. 5, 1987, 44–54.
- Plantinga, Carl: „Die Szene der Empathie und das menschliche Gesicht im Film“ (1999). Aus dem Englischen übers. von Christine N. Brinckmann. In: *Montage/AV*. Jg. 13, Nr. 2, 2004, 6–27.
- Podoll, K[laus]: „Geschichte des Lehrfilms und des populärwissenschaftlichen Aufklärungsfilms in der Nervenheilkund in Deutschland 1895–1929“. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68. 2000, 523–529.
- Puenzieux, Dominique/Ruckstuhl, Brigitte: *Medizin, Moral und Sexualität: Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhöe in Zürich 1870–1920*. Zürich 1994.
- Pulver, Marco: *Tribut der Seuche: Seuchenmythen als Quelle sozialer Kalibrierung: eine Rekonstruktion des AIDS-Diskurses vor dem Hintergrund von Studien zur Historizität des Seuchendispositivs*. Frankfurt a. Main 1999.
- Reichert, Ramón: *Im Kino der Humanwissenschaften: Studien zur Medialisierung wissenschaftlichen Wissens*. Bielefeld 2007.
- Reinert, Charles: *Kleines Filmlexikon*. Einsiedeln, Zürich 1946.
- Reinert, Kirsten: *Frauen und Sexualreform: 1890–1930*. Pfaffenweiler 2000.
- Ritzmann, Iris: „Medikus und Scharlatan: Szenen einer innigen Feindschaft“. In: *Schweizerische Ärztezeitung*. Jg. 90, Nr. 3 und 4, 2009, 84–88, 130–133.
- Robnik, Drehli: „Körper-Erfahrung und Film-Phänomenologie“. In: Felix, Jürgen (Hg.): *Moderne Film Theorie*. Mainz 2002, 246–280.
- Ruehland, Lydia: *Krieg und Geschlechtskrankheiten: ein Wort an die Frauen*. Leipzig 1913.
- Rüst, Ernst: „Die Arten des Films und ihr Bereich“. In: *Neue Zürcher Zeitung*. Jg. 159, Nr. 872, 1938, Blatt 10.

- Rüttimann, Beat: „Rubine und Quecksilber“. In: Burg, Günter/Geiges, Michael L. (Hgg.): *Die Haut, in der wir leben - Zu Markt getragen und zur Schau gestellt*. Zürich 2001, 72–73.
- Ruffié, Jacques/Sournia, Jean-Charles: *Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit*. Aus dem Französischen übers. von Brunhild Seeler. Stuttgart 1987 (Original: *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. 1984).
- Runkel, Gunter: „Die Suche nach sich selbst – Die Entwicklung von Moral, Sexualität, Liebe, Familie und Erziehung“. In: Schuller, Alexander/Heim, Nikolaus (Hgg.): *Vermessene Sexualität*. Berlin [et al.] 1987, 40–52.
- Runkel, Gunter: „Evolution, Autopoiesis, Moral und Sexualität“. In: Gindorf, Rolf/Haeberle, Erwin (Hgg.): *Sexualitäten in unserer Gesellschaft: Beiträge zur Geschichte, Theorie und Empirie*. Berlin, New York 1989.
- Sachs, Otto: *Syphilis und Ehe*. Wien, Leipzig 1925.
- Sarasin, Philipp: *Stadt der Bürger: bürgerliche Macht und städtische Gesellschaft: Basel 1846–1914*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Göttingen 1997.
- Sarasin, Philipp: *Reizbare Maschinen: eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Frankfurt a. Main 2001.
- Sarasin, Philipp: „Antrax“: *Bioterror als Phantasma*. Frankfurt a. Main 2004.
- Sarasin, Philipp: *Michel Foucault zur Einführung*. Hamburg 2005.
- Sarasin, Philipp: „Die Visualisierung des Feindes: über metaphorische Technologien der frühen Bakteriologie“. In: Sarasin, Philipp/Berger, Silvia/Hänseler, Marianne et al. (Hgg.): *Bakteriologie und die Moderne: Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920*. Frankfurt a. Main 2007, 427–461.
- Sarasin, Philipp/Bochsler, Regula/Kury Patrick, (Hg.): *Wertes Fräulein, was kosten Sie? Prostitution in Zürich 1875–1925*. Baden 2004.
- Sauerteig, Lutz: „Lust und Abschreckung: Moulagen in der Geschlechtskrankheiten-aufklärung“. In: Jütte, Robert (Hg.): *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG). Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart 1993, 89–106.
- Sauerteig, Lutz: „Salvarsan und der ‚ärztliche Polizeistaat‘: Syphilistherapie im Streit zwischen Ärzten, pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910–1927)“. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)*. Stuttgart 1996, 161–200.
- Sauerteig, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft: Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart 1999.
- Sauerteig, Lutz: „Medizin, Moral in der Syphilisbekämpfung“. In: Jütte, Robert (Hg.): *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)*. Stuttgart 2001, 55–70.
- Savary, Ernest: *Le cinéma et l'école*. Lausanne 1925.

- Scherer, Klaus R.: „Appraisal Considered as a Process of Multilevel Sequential Checking“. In: Scherer, Klaus/Schorr, A. (Hgg.): *Appraisal Process in Emotion: Theory, Methods, Research*. New York/Oxford 2001, 92–120.
- Scherz, Dr.: „Zunahme statt Abnahme der Geschlechtskrankheiten!“ In: *Das Rote Kreuz*. Jg. 36, Nr. 6, 1928, 162–163.
- Schleiermacher, Sabine: „Die Frau als Hausärztin und Mutter: das Frauenbild in der Gesundheitsaufklärung“. In: Roessiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hgg.): *Hauptsache gesund!: Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg 1998, 48–58.
- Schmidt, Ulf: „Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik“. In: Jazbinsek, Dietmar (Hg.): *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden 2000, 53–81.
- Schmidt, Ulf: *Medical Films, Ethics and Euthanasia in Nazi Germany: the History of Medical Research and Teaching films of the Reich Office for Educational Films/Reich Institute for Films in Science and Education, 1933–1945*. Matthiesen 2002.
- Schnyder, Willy R.: *Die Geschlechtskrankheiten in der schweizerischen Armee während der Mobilmachung, zusammengestellt an Hand des Materials der Etappen-Sanitäts-Anstalt Solothurn*. Basel 1920.
- Schweinitz, Jörg: „Genre‘ und lebendiges Genrebewusstsein“. In: *Montage/AV*. Jg. 3, Nr. 2, 1994, 99–117.
- Schweinitz, Jörg: „Von Filmgenres, Hybridformen und goldenen Nägeln“. In: Sellmer, Jan/Wulff, Hans J. (Hgg.): *Film und Psychologie – Nach der kognitiven Phase?* Marburg 2002, 79–92.
- Schweinitz, Jörg: *Film und Stereotyp: eine Herausforderung für das Kino und die Filmtheorie*. Berlin 2006a.
- Schweinitz, Jörg: „Totale Immersion und die Utopien von der virtuellen Realität: ein Mediengründungsmythos zwischen Kino und Computerspiel“. In: Neitzel, Britta/Nohr, Rolf F. (Hgg.): *Das Spiel mit dem Medium: Partizipation – Immersion – Interaktion: zur Teilhabe an den Medien von Kunst bis Computerspiel*. Marburg 2006b, 136–153.
- Schweisheimer, Waldemar: *Die Bedeutung des Films für soziale Hygiene und Medizin*. München 1920.
- Searle, John R.: *Sprechakte: ein sprachphilosophischer Essay*. Frankfurt a. Main 1971 (Original: *Speech Acts: an Essay in the Philosophy of Language*. London 1969).
- Sellmann, Adolf: *Kino und Schule*. Gladbach 1914.
- Shaviro, Steven: *The Cinematic Body*. Minneapolis, London 1993.
- Sicard, Monique: „Mille huit cent quatre-vingt-quinze ou les bascules du regard“. In: Martinet, Alexis (Hg.): *Le cinéma et la science*. Paris 1994, 18–31.

- Sicard, Monique: „A corps et à raison“. In: Sicard, Monique/Pujade, Robert/Wallach, Daniel (Hgg.): *A corps et à raison: photographes médicales 1840-1920*. Paris 1995, 11–23.
- Smith, Greg M.: *Film Structure and the Emotion System*. Cambridge 2003.
- Smith, Murray: *Engaging Characters: Fiction, Emotion, and the Cinema*. Oxford 1995.
- Sobchack, Vivian: *What My Fingers Knew: the Cinesthetic Subject, or Vision in the Flesh*. 2005. (www.sensesofcinema.com/contents/00/5/fingers.html) – Zugriff am 19. September 2005.
- Spree, Reinhard: „Kurpfuscherei-Bekämpfung und ihre soziale Funktion“. In: Ders.: *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*. Hrsg. von Alfons Labisch und Reinhard Spree. 1989, 103–121.
- Stingelin, Martin: „Der Verbrecher ohnegleichen. Die Konstruktion ‚anschaulicher Evidenz‘ in der Criminal-Psychologie, der forensischen Physiognomie, der Kriminalanthropometrie und der Kriminalanthropologie“. In: Groddeck, Wolfram/Stadler, Ulrich (Hgg.): *Physiognomie und Pathognomie: zur literarischen Darstellung von Individualität. Festschrift für Karl Pestalozzi zum 65. Geburtstag*. Berlin, New York 1994, 113–133.
- Stingelin, Martin: „Hypnotische Experimente zwischen Hysterie und Paranoia“. In: Hahn, Torsten/Person, Jutta/Pethes, Nicolas (Hgg.): *Grenzgänge zwischen Wahn und Wissen: zur Koevolution von Experiment und Paranoia, 1850-1910*. Frankfurt a. Main 2002, 255–292.
- Stueber, Karsten: *Empathy*. März 2008. (<http://plato.stanford.edu/entries/empathy/>) – Zugriff am 18. August 2008.
- Sturm, Eva: „Von der Zensurfreiheit zum Zensurgesetz: das erste deutsche Lichtspielgesetz (1920)“. In: Hagener, Malte/Hans, Jan (Hgg.): *Geschlecht in Fesseln: Sexualität zwischen Aufklärung und Ausbeutung im Weimarer Kino 1918-1933*. München 2000, 63–79.
- Sudhoff, Karl: *Aus der Frühgeschichte der Syphilis: Handschriften- und Inkunabelstudien, epidemiologische Untersuchung und kritische Gänge*. Leipzig 1912.
- Sudhoff, Karl: „Was ist’s mit dem Phantom der Herüberkunft der Syphilis aus der ‚Neuen Welt‘ 1493?“ In: *Forschungen und Fortschritte*. Jg. 10, Nr. 8, März 1934, 104–105.
- Suleiman, Susan Rubin: *Authoritarian Fictions: the Ideological Novel as a Literary Genre*. Princeton, New Jersey 1993 (1983).
- Taillibert, Christel: *L’Institut International du cinématographe éducatif: regards sur le rôle du cinéma éducatif dans la politique internationale du fascisme italien*. Paris 1999.
- Tan, Ed: *Emotions and the Structure of Narrative Film: Film as an Emotion Machine*. Mahwah/New Jersey 1996.

- Tan, Ed: „Gesichtsausdruck und Emotion in Comic und Film“. In: Brütsch, Matthias/Hediger, Vinzenz/Keitz, Ursula von et al. (Hgg.): *Kinogefühle: Emotionalität und Film*. Marburg 2005, 265–287.
- Taylor, Henry M.: *Die Rolle des Lebens: die Filmbiographie als narratives System*. Marburg 2002.
- Thissen, Rolf: *Sex verklärt: der deutsche Aufklärungsfilm*. München 1995.
- Thomalla, Curt: „Fortschritte der medizinischen Kinematographie“. In: *Der Bildwart*. Jg. 1, Nr. 4/5, 1923a, 119–124.
- Thomalla, Curt: „Vom medizinischen Lehrfilm zum Steinach-Film: ein Stückchen Geschichte der Kinematographie“. In: *Der Bildwart*. Jg. 1, Nr. 6/7, 1923b, 170–171.
- Thomalla, Curt: „Vom Werdegang des medizinischen Lehrfilms“. In: *Der Bildwart*. Jg. 3, Nr. 11, 1925, 776–781.
- Thomalla, Curt: *Falsche Scham*. Berlin 1926.
- Titzmann, Manfred: *Strukturanalyse Textanalyse: Theorie und Praxis der Interpretation*. München 1977.
- Touton, K.: „Über die sexuelle Verantwortlichkeit: ein Vortrag vor den Abiturienten des Wiesbadener Kgl. Gymnasiums“. In: *Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. Jg. 8, Nr. 8, 1908, 98–124.
- Tröhler, Margrit: „Walk the Walk oder: mit beiden Füßen auf dem Boden der unsicheren Realität: eine Filmerfahrung im Grenzbereich zwischen Fiktion und Authentizität“. In: *Montage/AV*. Jg. 7, Nr. 2, 1998, 79–90.
- Tröhler, Margrit: *Offene Welten ohne Figuren: Plurale Figurenkonstellationen im Film*. Marburg 2007a.
- Tröhler, Margrit: „Die sinnliche Präsenz der Dinge oder: die skeptische Versöhnung mit der Moderne durch den Film“. In: Kiening, Christian (Hg.): *Mediale Gegenwärtigkeit*. Zürich 2007b, 283–306.
- Tröhler, Margrit/Hediger, Vinzenz: „Ohne Gefühl ist das Auge der Vernunft blind: eine Einleitung“. In: Brütsch, Matthias/Hediger, Vinzenz/von Keitz, Ursula et al. (Hgg.): *Kinogefühle: Emotionalität und Film*. Marburg 2005, 7–20.
- Usborne, Cornelia: *Frauenkörper – Volkskörper: Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik*. Aus dem Englischen übers. von Juliane Gräbener-Müller. Münster 1994.
- Vignaux, Valérie: „Femmes et enfants ou le corps de la nation: l’éducation à l’hygiène dans le fonds de la Cinémathèque de la Ville de Paris“. In: 1895. Nr. 37, 2002, 23–43.
- Vignaux, Valérie: „Jean Benoit-Lévy: l’ignorance est une maladie contagieuse ou le cinéma auxiliaire de la science“. In: *Sur les pas de Marey: Science(s) et cinéma*. Paris 2004, 283–309.

- Vignaux, Valérie: „Eine Encyclopédie der Leinwand: der institutionelle Diskurs des Kinos im Frankreich der Zwischenkriegszeit und die Filme von Jean Benoit-Lévy (1922–1939)“. In: *Montage/AV*. Jg. 15, Nr. 1, 2006, 26–42.
- Vogel, Klaus: *Das deutsche Hygiene-Museum Dresden 1911–1990*. Dresden 1990.
- Vogel, Martin: „Hygienische Volksbildung“. In: Gottstein, Adolf/Schlossmann, A./Teleky, L. (Hgg.): *Grundlagen und Methoden*. Bd. 1. Berlin 1925, 303–390.
- Waldenfels, Bernhard: „Verkörperung im Bild“. In: Hoppe-Sailer, Richard/Volkenandt, Claus/Winter, Gundolf (Hgg.): *Logik der Bilder: Präsenz – Repräsentation – Erkenntnis*. Berlin 2005, 17–34.
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D.: *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. 11. Aufl. Bern 2007 (Original: *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York 1967).
- wb.: „Das lebende Bild. ‚Bellevue‘: ‚Dürfen wir schweigen?‘“. In: *Tages-Anzeiger für Stadt und Kantone Zürich*. Jg. 34, Nr. 201, 28. August 1926, Blatt 3.
- Weber-Dürler: *Kinovorführungen und andere Schaustellungen unter den Zürcher Gesetzen über das Hausierwesen (1880–1980)*. Hrsg. von Gelehrte Gesellschaft in Zürich. Zürich 2004.
- Weigel, Sigrid: „Der schielende Blick: Thesen zur Geschichte weiblicher Schreibpraxis“. In: Stephan, Inge/Weigel, Sigrid (Hgg.): *Die verborgene Frau: sechs Beiträge zu einer feministischen Literaturwissenschaft*. Berlin, Hamburg 1988, 83–137.
- Weindling, Paul Julian: *Health, Race, and German Politics Between National Unification and Nazism, 1870–1945*. Cambridge [etc.] 1989a.
- Weindling, Paul Julian: „Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich“. In: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hgg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts*. Bonn 1989b, 37–55.
- Weindling, Paul Julian: *Alfred Blaschko (1859–1922) and the Problem of Sexually Transmitted Diseases in Imperial and Weimar Germany*. Oxford 1992.
- Widmer, Augustine: *Die Hüterin der Gesundheit: die Rolle der Frau in der Hygienebewegung Ende des 19. Jahrhunderts, dargestellt am Beispiel der deutschsprachigen Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Zürich*. Zürich 1991.
- Wünsche, Konrad: „Der Blick in den Körper: Faszination zwischen Ekel und Bewunderung“. In: Roessiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hgg.): *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*. Marburg 1998, 169–179.
- Wulff, Hans Jürgen: „Das empathische Feld“. In: Sellmer, Jan/Wulff, Hans J. (Hgg.): *Film und Psychologie – Nach der kognitiven Phase?* Marburg 2002, 109–121.

- Wulff, Hans Jürgen: „Empathie als Dimension des Filmverstehens: ein Thesenpapier“. In: *Montage/AV*. Jg. 12, Nr. 1, 2003, 136–161.
- Wulff, Hans Jürgen: „Moral und Empathie im Kino: vom Moralisieren als einem Element der Rezeption“. In: Brütsch, Matthias/Hediger, Vinzenz/von Keitz, Ursula et al. (Hgg.): *Kinogefühle: Emotionalität und Film*. Marburg 2005, 377–393.
- Wuss, Peter: *Filmanalyse und Psychologie: Strukturen des Films im Wahrnehmungsprozess*. Berlin 1999.
- Wuss, Peter: „Konflikt und Emotion im Filmerleben: von Lachsalven bei Chaplin zur empirischen Emotionsforschung“. In: Brütsch, Matthias/Hediger, Vinzenz/von Keitz, Ursula et al. (Hgg.): *Kinogefühle: Emotionalität und Film*. Marburg 2005, 205–222.
- www.med-kolleg.de: *Prävention*. 2009. ([www.med-kolleg.de/medizin-lexikon/P/Prävention.htm](http://www.med-kolleg.de/medizin-lexikon/P/Pr%C3%A4vention.htm)) – Zugriff am 17. April 2009.
- Wyss, Oskar: *Die Gefahren des ausschweifenden Geschlechtsverkehrs*. Zürich 1901.
- Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht: „Gutachten der Bildstelle“. In: *Der Bildwart*. Jg. 2, Nr. 14, 1924, 666–667.
- Zimmermann, Yvonne: „Dokumentarischer Film: Auftragsfilm und Gebrauchsfilm“. In: Ders. (Hg.): *Schaufenster Schweiz: dokumentarische Gebrauchsfilme 1896–1964*. Zürich 2011, 34–83.

Filmographie

- ANGEBORENE SYPHILIS. Curt Thomalla, D 1926 (Zensurunterlage: Berliner Film-Oberprüfstelle: Prüf.Nr.: 14154, 22.11.1926, BAFA).
- LE BAISER QUI TUE. Jean Choux, F 1928.
- DIE BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN. [Curt Thomalla], D 1926.
- DAMAGED GOODS. Thomas Rickett, USA 1914.
- DAMAGED LIVES. Edgar G. Ulmer, USA 1933.
- DÜRFEN WIR SCHWEIGEN? Richard Oswald, D 1926 (Zensurunterlage: Berliner Film-Oberprüfstelle: Prüf.Nr. 12550, 17.3.1926, BAFA).
- ES WERDE LICHT!. Richard Oswald, 1917 (Zensurunterlage: Berliner Film-Oberprüfstelle: Prüf.Nr.: 1538, 11.3.1921, BAFA).
- IL ÉTAIT UNE FOIS TROIS AMIS. Jean Benoit-Lévy/Marie Epstein, F 1929.
- FALSCHES SCHAM. Rudolf Biebrach, D 1926 (Zensurunterlage: Berliner Film-Oberprüfstelle: Prüf.Nr.: 12510, 8.3.1926, DIF).
- FEIND IM BLUT. Walter Ruttmann, D/CH 1931 (Zensurunterlage: Berliner Filmprüfstelle: Prüf.Nr.: 28713 (16.4.1931); 28889 (28.4.1931); 28971 (13.5.1931) BAFA).
- GEISSEL DER MENSCHHEIT. Erich R. Schwab, D 1926 (Zensurunterlage: Berliner Film-Oberprüfstelle: Prüf.Nr. 13273, 10.3.1927, BAFA).
- DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN. Hermann Fritz Bönisch, A 1922 (Zensurunterlage: Berliner Filmprüfstelle: Prüf.Nr.: 29012, 18.5.1931, BAFA).
- DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE FRAUEN. Hans Schulze, D 1924 (Zwischentitelliste: BAFA: Mag.Nr. 1853, 1854).
- DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE BEKÄMPFUNG. AUSGABE MÄNNER. F.W. Oetze, D 1924.
- DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND IHRE FOLGEN. Nicholas Kaufmann, D 1919.
- UNE MALADIE SOCIALE – LA SYPHILIS. COMMENT ELLE PEUT DISPARAÎTRE. Laurent Leredde/Jean Commandon, F 1923.
- LES MALADIES VÉNÉRIENNES ET L'ARMEMENT ANTIVÉNÉRIEN EN FRANCE. Jean Benoit-Lévy, F 1927.
- ON DOIT LE DIRE. Marius O'Galop, F 1920.
- SPIROCHAETA PALLIDA. Jean Commandon, F 1910.

LA SYPHILIS ENNEMI PUBLIC N° 1. F.M. Roullet/Lucien Jame, F 1943.

DAS WESEN UND DIE GEFAHREN DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN. L. von Zumbusch, D
1920.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geboren: 17. 07. 1959 in Laufenburg AG /CH
Heimatort: Habsburg AG / CH
Zivilstand: verheiratet
Kinder: Simon David (1983), Sereina Zoe (1985)

Ausbildung

2009 Dissertation: „*Falsche Scham*: Strategien der Überzeugung in Aufklärungsfilmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1915-1935,“ im Rahmen des Graduiertenkollegs *Gedächtnis, Körper und Geschlecht* der Universität Zürich, 2005-08

1991–2002 Studium an der Universität Zürich als „Werkstudentin“

- Hauptfach: Germanistik
- 1. Nebenfach: Filmwissenschaft
- 2. Nebenfach: Englische Literatur

2001 Lizentiatsarbeit bei Prof. Dr. Christine N. Brinckmann zum Thema:
«Wiederholung im Film»

1991 Eidgenössische Matura, Kantonale Matura Zürich, Typ D

1986–1991 Fernstudium AKAD

1978–1981 Kindergärtnerinnenseminar Brugg AG

Forschungsprojekte

Nov. 2004 – März 2005 Mitarbeit an der Explorativstudie: Book und Nonbook-Lehrmittel im Auftrag der Pädagogischen Hochschule Zürich.

Nov. 2002 – April. 2005 Mitarbeit im Nationalfondsprojekt: „Ansichten und Einstellungen: Zur Geschichte des dokumentarischen Films in der Schweiz 1896-1964/ Vues et points de vue: vers une histoire du film documentaire en Suisse“. Seminar für Filmwissenschaft der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit der Universität Lausanne (50%)

Schwerpunkt: Schul- und Lehrfilm

Lehrtätigkeit

Seit 2008 Dozentin für Kultur und Kommunikation an der Hochschule Nordwestschweiz (FHNW), Hochschule für Technik in Windisch

Seit 2003 diverse Lehraufträge am Seminar für Filmwissenschaft der Universität Zürich

1997 – 1999 Deutschunterricht für Fremdsprachige, IAL Zug

1981 – 1983 Kindergärtnerin in Würenlingen, AG

Redaktionelle Tätigkeit

Seit 2006 Mitherausgeberin des Jahrbuch CINEMA

2000 Kulturredaktorin, *Zuger Presse* (30%-50%)

1999 – 2003 Freie Kulturjournalistin, *Zuger Presse* und *Neue Zuger Zeitung*